AGENDA MEDICALĂ

1977

EDITURA MEDICALĂ

Scanned with OKEN Scanner

AGENDA MEDICALĂ

EDITURA MEDICALĂ
București — 1977

Scanned with OKEN Scanner

Autori:

Dr. G. Algeorge

Dr. V. Kercea

Dr. O. Oprian

Dr. G. Russo

Dr. G. Stoicescu

Dr. P. Stoicescu

Prof. dr. V. Stroescu

Scanned with OKEN Scanner

1977

Ianuarie

L.		3	10	17	24	31
M.		4	11	18	25	
M.		5	12	19	26	
J.		6	13	20	27	
V.		7	14	21	28	
S.	1	8	15	22	29	
D.	2	9	16	23	30	

Februarie

		7	14	21	28	
1		8	15	22		
2		9	16	23		
3	10	17	24			
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			

Martie

		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			

Aprilie

L.		4	11	18	25	
M.		5	12	19	26	
M.		6	13	20	27	
J.		7	14	21	28	
V.	1	8	15	22	29	
S.	2	9	16	23	30	
D.	3	10	17	24		

Mai

	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24	31	
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		

Iunie

		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24			
4	11	18	25			
5	12	19	26			

Iulie

L.		4	11	18	25	
M.		5	12	19	26	
M.		6	13	20	27	
J.		7	14	21	28	
V.	1	8	15	22	29	
S.	2	9	16	23	30	
D.	3	10	17	24	31	

August

1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			
7	14	21	28			

Septembrie

		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24			
4	11	18	25			

Octombrie

L.		3	10	17	24	31
M.		4	11	18	25	
M.		5	12	19	26	
J.		6	13	20	27	
V.		7	14	21	28	
S.	1	8	15	22	29	
D.	2	9	16	23	30	

Noiembrie

		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24			
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			

Decembrie

		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			

Scanned with OKEN Scanner

1978

Ianuarie

L.	2	9	16	23	30	
M.	3	10	17	24	31	
M.	4	11	18	25		
J.	5	12	19	26		
V.	6	13	20	27		
S.	7	14	21	28		
D.	1	8	15	22	29	

Februarie

	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22			
2	9	16	23			
3	10	17	24			
4	11	18	25			
5	12	19	26			

Martie

	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			

Aprilie

L.	3	10	17	24		
M.	4	11	18	25		
M.	5	12	19	26		
J.	6	13	20	27		
V.	7	14	21	28		
S.	1	8	15	22	29	
D.	2	9	16	23	30	

Mai

1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			
7	14	21	28			

Iunie

	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			
4	11	18	25			

Iulie

L.	3	10	17	24	31	
M.	4	11	18	25		
M.	5	12	19	26		
J.	6	13	20	27		
V.	7	14	21	28		
S.	1	8	15	22	29	
D.	2	9	16	23	30	

August

	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			

Septembrie

	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			

Octombrie

L.	2	9	16	23	30	
M.	3	10	17	24	31	
M.	4	11	18	25		
J.	5	12	19	26		
V.	6	13	20	27		
S.	7	14	21	28		
D.	1	8	15	22	29	

Noiembrie

	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			
4	11	18	25			
5	12	19	26			

Decembrie

	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		

Scanned with OKEN Scanner

Cuprinsul

	Pag.
CALENDAR	4
ACTUALITĂŢI ÎN BOLILE APARATULUI RESPIRATOR	11
Bolile pulmonare cu mecanism imun	11
Aspecte din patologia pulmonară profesională neconiotică	32
Plămînul de fermier	32
Plămînul crescătorilor de păsări	34
Boala lucrătorilor din industria brînzei	36
Boala cultivatorilor de ciuperci	36
Boala aparatelor de condiţionat aerul	36
Boala lucrătorilor din fabricile de detergenţi menajeri	37
Bagasoza	37
Bisinoza	37
Fibrobronhoscopia	39
Aspecte din patologia pleurală	41
Manifestările pleuro-pulmonare de origine medicamentoasă şi toxică	45
Determinările mediastinopulmonare ale bolii Hodgkin	47
Manifestările pulmonare ale colagenozelor	49
Tratamentul intermitent, strict supravegheat cu tuberculostatice	53
Astmul	57
Insuficienţa respiratorie acută a bronhopneumopatiilor cronice	65
Sarcoidoza	68

Scanned with OKEN Scanner

ACTUALITĂŢI ÎN BOLILE APARATULUI CARDIOVASCULAR 77
Sindromul nodului sinuzal bolnav (*Sick Sinus Syndrome*) 77
Paralizia atrială persistentă..... 80
Tahicardia paroxistică bidirecţională..... 82
Tahicardia joncţională neparoxistică..... 84
Sindromul Wolf-Parkinson-White (S.W.P.W.)..... 87
Tratamentul tulburărilor de ritm paroxistice..... 93
Cardiomiopatiile 99
Electrocardiograma fasciculului His..... 105
Blocurile fasciculare..... 110
Iminenţa de infarct..... 115
Angina Prinzmetal 118
Auscultaţia şi fonocardiografia în diagnosticul cardiopatiei ischemice..... 123
Diagnosticul enzimologic al cardiopatiei ischemice..... 126
Aspecte electrocardiografice în cardiopatia ischemică..... 129
Aportul electrocardiogramei de efort pentru diagnosticul cardiopatiei ischemice..... 136

ACTUALITĂŢI ÎN BOLILE APARATULUI DIGESTIV
Boala Whipple 143
Adenomatoza hepatică..... 144
Boala diverticulară 145
Policlorura de vinil şi afecţiunile hepatice..... 146
Esofagita de reflux..... 146
Encefalita mioclonică reversibilă de origine digestivă..... 147
Cancerul tubului digestiv şi alimentaţia..... 149
Actualităţi în cancerul gastric..... 150
Tratamentul hepatitelor cronice..... 152
Tratamentul pancreatitei acute..... 154
Icterele medicamentoase..... 155
Tratamentul cu fenobarbital al colostazei intrahepatice, benignă, recidivantă..... 157
Alfa-feto-proteina (AFP) şi hepatopatiile..... 158
Hepatita virală — 1975..... 160
Tumorile carcinoide..... 162
Giardioza sau lambliaza..... 165

Scanned with OKEN Scanner

ACTUALITĂŢI ÎN BOLILE RENALE

Consideraţii generale 169
Principii generale actuale de tratament..... 172
Glomerulonefrita acută difuză (Gl.a.d.)..... 177
Glomerulonefroza şi sindroamele nefrotice..... 183
Nefrita interstiţială (N.i.)..... 189
Pielonefrita (Pn) 192
Litiaza renală (Lr)..... 196
Colica renală (C.r.)..... 197
Nefroangioscleroza (Nas)..... 198
Stenoza arterei renale (St.a.r.)..... 199
Tumorile renale (T.r.)..... 200
Rinichiul polichistic (R.p.)..... 201
Rinichiul în potcoavă..... 202
Insuficienţa renală acută (I.R.A.)..... 202
Insuficienţa renală cronică (I.R.C.) 205

BOLILE REUMATISMALE (B.R.)

Generalităţi 209
Reumatismul poliarticular acut (R.P.A.)..... 216
Alte forme de reumatism infecţios (R.I.)..... 218
Spondilartrita anchilozantă (S.A.)..... 221
Poliartrita reumatoidă (P.R.) (Poliartrita cronică evolutivă — PCE) 224
Artrozele (A.) 229
Bolile de colagen maligne..... 241

VARIA

Notiţe terapeutice 249
Alte utilizări ale Mydocalmului..... 249
Imipramina în enurezis..... 250
Heparina şi profilaxia trombozelor venoase postoperatorii 251
Fierul şi infecţiile la copii..... 252
Glicerolul în accidentele vasculare cerebrale..... 252
Vaccinul BCG şi herpesul genital..... 253
Derivaţii de progesteron în adenomul de prostată..... 253
Tratamentul actual al gonoreei..... 254

Scanned with OKEN Scanner

Toxicitatea dozelor mari de vitamină A 255
Medicația antiagregantă plachetară 255
Efecte secundare ale Eraldinului 256
Norartrinalul în hemoragiile digestive 257
Ibuprofenul 258
Rahitismul medicației anticomițiale prelungite 258
Tulburări produse de medicația psihotropă 259
Hipercalcemia prin vitamina D 261
Scurte actualități în endocrinologie, oncologie, boli de sistem, boli de sînge etc 261
Funcția secretorie a hipotalamusului 261
Consecințele hipersecreției de prolactină 263
Pro-prolactinele și anti-prolactinele 265
Acțiunea endocrină a bromocriptinei 267
Bromocriptina și fertilitatea 268
Tratamentul actual al acromegaliei 268
Date actuale asupra hipotiroidiei 269
Indicațiile chimioterapiei sistematice 270
Date actuale în terapia bolii Hodgkin 271
Rolul unor steroizi biliari în apariția cancerului intestinului gros 273
Adriblastina, un nou citostatic 273
Rolul estrogenilor în osteosarcom 274
Conectivita mixtă 274
Trombozele și medicația antiagregantă 276
Scurte actualități în neurologie 283
Actualități în tratamentul bolii Parkinson 283
Inhibitorii decarboxilazei în boala Parkinson 285
Asocieri terapeutice în boala Parkinson 285
Migrena și nevralgia migrenoidă periodică 286
Propranololul în migrenă 288

PREPARATE MEDICAMENTOASE, SPECIALITĂȚI PENTRU ANUL 1977 289

Prescurtări folosite 290
A. Medicamente românești — alfabetic 291
B. Medicamente românești — grupe terapeutice 562
C. Medicamente de import — grupe terapeutice 570

Scanned with OKEN Scanner

Actualități în bolile aparatului respirator

Bolile pulmonare cu mecanism imun

Pneumologia, ca și alte discipline medicale, a beneficiat mult de pe urma progreselor remarcabile ale imunologiei, din ultimii ani, care au permis o orientare nouă ce transgresează limitele agresiunii microbiene sau virale, pe care se centra pînă nu de mult domeniul imunologiei.

Prin constituția sa anatomofiziologică unică în felul ei, constînd dintr-o suprafață enormă de contact între mediul extern și mediul intern, plămînul este unul dintre primele organe care reacționează față de substanțele străine din atmosfera înconjurătoare.

Aceste substanțe, cunoscute sub numele de „poluanți", pot să fie uneori substanțe cu acțiune exclusiv *iritantă* sau *mecanică*, și care sînt neutralizate sau eliminate de

Scanned with OKEN Scanner

la diferitele niveluri ale aparatului respirator prin mecanismele de *clearance* bronșic (prin acțiunea „covorului" mucociliar) sau alveolar (prin acțiunea macrofagelor alveolare). Alteori însă aceste substanțe pot induce procese de apărare cu mecanism imun deoarece tulbură „self"-ul (structura proprie a unui organism care îi definește individualitatea în raport cu mediul înconjurător care constituie non-self, individualitate care se află cuprinsă în proteinele proprii, determinate genetic și a căror sinteză este dirijată de ADN). Acești agenți sînt denumiți imunizanți sau hipersensibilizanți.

Bolile pulmonare de hipersensibilitate au format obiectul a numeroase studii din ultimii ani, astfel încît în prezent ele au fost destul de bine individualizate și clasificate, în funcție de tipul de mecanism general imunopatologic care o determină.

După clasificația lui Gell și Coombs, care este astăzi în general admisă, se disting 4 tipuri, în funcție de tipul de reacție antigen-anticorp. Astfel, primul grup include tipurile imune mediate prin *anticorpi circulanți* în care sînt incluse:

— tipul I — *reacțiile anafilactice sau atopice:* provocate prin contactul antigenului cu anticorpul de tip IgE la nivelul celulei din organul „țintă" (piele, bronhii). Este tipul de alergie comună, de tip *imediat*, apărînd la cîteva minute după contactul cu antigenul, care antrenează manifestări generale (șoc anafilactic) și locale (urticarie, rinită, astm bronșic);

— tipul II — reacțiile *citotoxice* sau *citolitice* sînt determinate de anticorpii umorali de tip IgG sau IgM care reacționează cu antigenele legate de celule, provocînd

Scanned with OKEN Scanner

lezarea acestora cu ajutorul complementului. Acest mecanism este răspunzător de o serie de afecțiuni ca: anemia hemolitică a nou-născutului, anemia hemolitică medicamentoasă, transfuzia de sînge incompatibil precum și bolile autoimune, dintre care la nivelul plămînului sindromul Goodpasture;

— tipul III — include *bolile prin complexe antigen-anticorp*, caracterizate prin *fenomene de hipersensibilitate semiîntîrziată*, care apar la cîteva ore după contactul cu antigenul, ca în fenomenul experimental Arthus. În aceste cazuri complexele insolubile antigen-anticorp aflate în circulație precipită în pereții vasculari unde activează complementul, declanșînd, în urma infiltrării cu polimorfonucleare, fenomene de necroză tisulară; acestea se întîlnesc în boala serului, unele glomerulonefrite, arterite și în alveolita alergică a plămînului;

— tipul IV. Spre deosebire de primele 3 tipuri care sînt mediate prin anticorpi circulanți, acest tip are la bază mecanismele imune *mediate prin celule*. Fenomenele de hipersensibilitate care le însoțesc sînt *de tip întîrziat*, apărînd la 2—3 zile după contactul cu antigenul. Aceste reacții pun în joc limfocitele sensibilizate și răspund de manifestările clinice întîrziate ca în infecțiile bacteriene, dintre care în primul rînd hipersensibilitatea tuberculinică, infecțiile micotice, dermita de contact, respingerea grefelor.

Toate aceste 4 tipuri de mecanisme imune pot să intereseze aparatul bronhopulmonar.

Redăm în tabelul I caracterele diferențiale ale tipurilor de hipersensibilitate.

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL I

Caracterele diferenţiale ale tipurilor de hipersensibilitate

	Specifică		
	Imediată (anafilactică)	Semiîntîrziată (Arthus)	Întîrziată (tuberculinică)
Apariţia simptomelor	Imediată	Semiîntîrziată	Întîrziată
Durata	30—60 min.	2—24 ore	48—72 ore
Antigene	proteine poliozide haptene	proteine poliozide	bacterii, virusuri, fungi, paraziţi
Anticorpi			
Tip	IgE circulanţi	IgG circulanţi precipitanţi	nedecelabili
Cantitate	minimă	importantă	
Afinitate celulară	+	0	
Mecanism	histamină şi alţi mediatori chimici	complexe mari antigen-anticorp cu activarea complementului	limfokine: — activarea macrofagelor; — inhibiţia migrării macrofagelor; — citotoxicitate
Leziuni histologice	inflamatorii, fugace şi reversibile	inflamatorii cu necroză	exsudare bogată în celule mononucleare cu necroză
Substanţe antagoniste	antihistaminice cromoglicat	anticoagulante, inhibitorii ale complementului	corticoizi, antimitotice

Scanned with OKEN Scanner

TIPUL I

Hipersensibilitatea de tip imediat

Deoarece mecanismele imune și substratul tisular al manifestărilor de tip alergic (anafilactic) de la om sînt identice cu cele observate în fenomenele induse în mod experimental, toate aceste manifestări atît de variate (astmul, coriza de fîn, urticaria etc.) au fost asamblate sub aceeași denumire, avînd ca mecanism imun reacția de hipersensibilitate imediată. Există o predispoziție a unor organisme, denumite *atopice**, de a se sensibiliza cu predilecție față de anumite antigene, fenomen atribuit unei creșteri a permeabilității mucoaselor față de antigenele inhalate.

Antigenele (alergenele) capabile să inducă sensibilizarea la om sînt de o varietate infinită: cele care pătrund pe cale inhalatorie (pneumalergenele) pot fi: pulberile, praful de casă, conținînd uneori detritusuri de insecte (acarieni), mucegaiurile și altele.

Anticorpii care intră în reacție cu antigenele denumiți înainte „reagine" sau anticorpi reaginici, se cunoaște azi că sînt imunoglobulinele de tip E (IgE). Acești anticorpi, spre deosebire de celelalte imunoglobuline anticorpi (IgG și IgM) se caracterizează printr-o serie de particularități: sînt prezenți în ser în cantități foarte mici (se măsoară în nanograme) și au o afinitate pentru celule (homocitofilie = afinitate pentru celulele aparținînd aceleiași specii). Afinitatea se manifestă de predilecție pentru celulele din piele și din bronhii, precum și din alte organe. Celula „țintă" este locul de fixare a complexului IgE + antigenul cauzal, această celulă fiind identificată ca mastocitul tisular sau celula bazofilă sanguină. Fără a necesita prezența complementului,

---

* atopie=reacție „bizară" (Coca, 1920).

Scanned with OKEN Scanner

complexul IgE + antigen produce ruptura membranei celulei țintă, urmată de eliberarea de *mediatori chimici*. Dintre aceștia cea mai importantă, *histamina* acționînd prin creșterea permeabilității capilare și contracția fibrelor musculare netede duce, la nivelul bronhiilor, la formarea de edem și bronhoconstricție, elemente care caracterizează criza de astm. În afară de histamină se eliberează *serotonina*, cu acțiune vasomotoare, dar nu și bronhoconstrictoare, *SRS* („slow reacting substance") cu acțiune bronhoconstrictoare mai prelungită și alte kinine.
Substanțele antagoniste cele mai active ale acestor mediatori chimici sînt substanțele beta-adrenergice care inhibă intens reacțiile anafilactice, ducînd la relaxarea bronhospasmului și inhibînd secreția de histamină și SRS provocată de reacția antigen-anticorp.

TIPUL II

Reacții citotoxice și citolitice

În aceste reacții se produc alterări celulare sau tisulare în urma reacției dintre anticorpii circulanți și unii compuși celulari sau tisulari, în care de obicei intervine și complementul. Aceste alterări duc la moartea celulei sau la modificări patologice în țesuturi cum sînt îngroșarea sau ruperea membranelor bazale. Tipul caracteristic al acestei reacții imune îl constituie anemia hemolitică, unele forme de leucopenie și purpura trombocitopenică. La nivelul plămînului exemplul caracteristic al acestui tip de boală autoimună este *sindromul Goodpasture* în care se pun în evidență anticorpi circulanți anti-membrană bazală alveolară, care duc la îngroșarea și lezarea nu numai a membranei bazale alveolare ci și a celei de la nivelul glomerulului renal; această cointeresare a celor 2 organe s-ar explica prin prezența unor

Scanned with OKEN Scanner

structuri antigenice comune între bazala pulmonară și bazala glomerulară.
Anticorpi anti-plămîn se pun în evidență și în alte boli pulmonare ca: bronhopneumopatia obstructivă cronică, astmul bronșic, emfizem, tuberculoză, pneumoconioze (silicoza), fibroza interstițială, fără a putea afirma însă că prezența anticorpilor anti-plămîn înseamnă boală autoimună. Nu cunoaștem încă factorii care determină „cînd" astfel de autoanticorpi devin patogenici.

TIPUL III

Bolile prin complexe imune sau hipersensibilitatea „semiîntîrziată"

Complexele imune sînt agregate moleculare mari, formate prin unirea antigenului cu anticorpul și uneori cu complementul. Ele se formează constant în sistemul circulator cînd antigenul persistă acolo. Astăzi se știe că, în anumite condiții, aceste complexe pot să determine procese patologice. Aceste condiții se realizează în următoarele situații:
— cînd anticorpii sînt de tip precipitant;
— cînd complexele antigen-anticorp sînt suficient de mari și cînd raportul antigen-anticorp este în favoarea antigenului (exces de antigen) cînd complexele devin insolubile.
În aceste condiții complexele antigen-anticorp avînd dimensiuni mari (peste 19 S) sînt fixate cu predilecție de-a lungul membranelor bazale, sub celulele endoteliale ale capilarelor din organele bogat vascularizate unde activează complementul. Fracțiunile 5, 6 și 7 ale com-

Scanned with OKEN Scanner

plementului atrag din circulație celulele polimorfonucleare care prin distrugere eliberează lizosomi. Prezența acestor elemente bogate în enzime hidrolazice declanșează lanțul de fenomene constînd în: edem, agregate plachetare, tromboză, care duce la leziunea de *necroză* a vaselor *(vasculită)* precum și a structurilor adiacente ca de pildă alveola pulmonară *(alveolită)*; aceasta este cointeresată în procesul de necroză datorită faptului că membrana bazală a alveolei pulmonare este comună cu membrana bazală a capilarului alveolar. Lanțul de fenomene care se succed în procesele de vasculită necrotică are la bază același mecanism de hipersensibilitate ca în *fenomenul Arthus* provocat experimental la animal, în cursul hipersensibilizării cu cantități mari de antigen.

În plămînul de om excesul de antigen poate ajunge mai ales pe cale inhalatorie; experimental s-a realizat la animal provocarea vasculitei pulmonare prin injectarea de complexe imune pe cale intravenoasă.

Aplicațiile fenomenului Arthus în patologia pulmonară privesc o serie de afecțiuni cunoscute sub denumirea de *alveolite alergice extrinseci* și se referă la acele boli pulmonare alergice care rezultă din inhalarea unor antigene cum sînt sporii de actinomicete termofile din fînul mucegăit ca în plămînul de fermier — expresia clasică a acestor alveolite —, sau spori de fungi prezenți în prafurile organice derivate din materiale mucegăite. Multitudinea acestui tip de afecțiuni este legată de numărul crescînd de substanțe organice de proveniență industrială, astfel încît s-a spus că acestea evocă mitul „cutiei Pandorei". Pentru exemplificare redăm în tabelul II o serie de alveolite alergice de natură extrinsecă indicînd cauzele care le provoacă.

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL II

Cauzele alveolitelor alergice de natură extrinsecă

Boala	Sursa	Antigenul
Plămînul de fermier	Fînul mucegăit	*Micropolyspora foeni*
Bagasioza	Trestia de zahăr mucegăită	*Thermoactinomyces vulgaris*
Bisinoza	Bumbacul	Antigene din bumbac
Plămînul crescătorilor de păsări	Pene, dejecţii, albuş	Derivate din specii (găini, porumbei etc.)
Plămînul de morar	Praful de moară	*Sitophilus granarius*
Pneumonita de hipersensibilitate	Contaminarea sistemelor de aer condiţionat sau încălzire centrală	Actinomicete termofile
Plămînul prizeurilor de hipofiză posterioară	Extract pulverulent de hipofiză	Ser şi ţesut hipofizar de bou sau de porc

Scanned with OKEN Scanner

TIPUL IV

Hipersensibilitatea mediată prin celule

Spre deosebire de tipurile precedente (I-III), care sînt mediate prin anticorpi umorali, acest tip de reacție este mediat prin celule sensibilizate. *Antigenele* care sînt răspunzătoare de aceste reacții sînt de obicei constituite de agenții infecțioși: bacterii, fungi, virusuri; de asemenea antigenele pot să fie de natură tisulară, ca în fenomenul de respingere de grefă sau de natură tumorală, ca în procesele oncogene.

Purtătorul *răspunsului imun* în reacția de hipersensibilitate de tip întîrziat îl constituie limfocitul T care prin sensibilizarea față de un antigen devine celula sensibilizată sau celula cu memorie imunologică; această celulă, la un nou contact cu antigenul elaborează o serie de mediatori chimici *(limfokine)* capabili să influențeze comportamentul altor celule. Unul dintre cei mai importanți și bine cunoscuți dintre acești factori este factorul de inhibiție a migrării macrofagelor care inhibă migrarea macrofagelor de la locul prezenței antigenului, ducînd la formarea de agregate macrofagice, traduse prin infiltrări celulare monocitare, care constituie *granulomul*, elementul histopatologic caracteristic tuturor acestor afecțiuni. Un alt mediator chimic duce la activarea macrofagului imun, adică la creșterea capacității sale fagice și de digestie intracelulară, iar alt mediator are acțiune citotoxică, prin eliberarea de enzime lizosomale care duc la distrugeri tisulare, uneori la necroză și cazeificare, ca în infecția tuberculoasă.

Hipersensibilitatea tuberculinică. Introducerea unei cantități de 0,1 ml soluție conținînd 1—2 unități internaționale (U.I.) de tuberculoproteină purificată (PPD) în dermul unui individ normal, nu este urmată de nici o modificare evidentă locală. Dacă însă aceeași

Scanned with OKEN Scanner

cantitate de soluție este injectată în dermul unui individ care a suferit o infecție tuberculoasă, deși imediat nu se observă o modificare evidentă, după cîteva ore apare la locul injecției o roșeață care în următoarele 18—48 ore devine o zonă de induratie, de dimensiuni variabile, de la cîțiva mm la 10—20 mm diametru, și uneori mai mult. Această zonă infiltrativă poate uneori să prezinte flictene sau necroză centrală și durează de obicei 1—2 săptămîni, pînă dispare complet.

Urmărirea *microscopică* a manifestărilor locale (realizată în cameră transparentă în urechea de iepure) arată următoarele: în teritoriul în care s-a introdus antigenul are loc o diapedeză masivă a elementelor figurate sanguine, realizînd o aglomerare densă de celule (spre deosebire de reacția locală anafilactică de tip imediat, care constă în special în lichid de edem și relativ puține celule). Populația celulelor care migrează constă la început în polimorfonucleare (PMN) și celule mononucleare, dar în timp ce celulele PMN străbat zona reacției, difuzînd de-a lungul spațiilor interstițiale, celulele mononucleare constînd în macrofage și limfocite sensibilizate rămîn *blocate* în preajma capilarelor pe care le-au părăsit. La 48 ore, la locul reacției se constată un infiltrat alcătuit din celule mononucleare, predominant macrofage, care constituie substratul celular specific al reacției la tuberculină.

Plămînul constituie o poartă de intrare obișnuită pentru mulți *agenți infecțioși:* bacterieni *(brucella*, bacilul tuberculozei), virali (vaccina, varicela), micotici sau parazitari care induc hipersensibilitatea de tip întîrziat. În toate aceste cazuri mecanismul de reacție a organismului este asemănător: în urma contactului antigenului cu celulele sensibilizate, macrofagele sînt imobilizate la

Scanned with OKEN Scanner

locul respectiv şi acolo elaborează enzime hidrolazice, care determină edem, inflamaţie, tromboză vasculară şi necroză care în final se organizează, ducînd la formarea de leziuni similare între ele cu o anumită unitate histologică: granulomul. Toate aceste afecţiuni se însoţesc de o hipersensibilitate cutanată de tip întîrziat faţă de antigenul specific inductor al răspunsului imun.

Un mecanism asemănător se află şi la baza fenomenului de *respingere de grefă*, care constituie tot un răspuns imun mediat de limfocitul sensibilizat. Introducerea într-un organism de ţesuturi pe care acesta nu le recunoaşte ca „self", induce starea de hipersensibilitate faţă de „non-self", exprimată prin proliferarea şi infiltrarea de celule mononucleare în zonele perivasculare, urmate de respingerea ţesutului grefat.

Cel mai frecvent agresiunea antigenică duce la modificări intricate, mixte, în care există asociaţii ale diferitelor tipuri de hipersensibilitate; de exemplu infecţia cu *Aspergillus* determină atît leziuni infiltrative pulmonare (granulomatoase) cît şi fenomene bronhospastice, deci asocierea tipului III cu tipul I; infecţia cu *Candida* prin fracţiunea antigenică polizaharidică determină fenomene de hipersensibilitate de tip semiîntîrziat, iar prin fracţiunea proteică hipersensibilitate de tip întîrziat, deci asocierea tipului III cu tipul IV.

Faţă de diversele agresiuni din mediul extern, indiferent de calea de pătrundere a acestora: aeriană (prin schimburile gazoase), sanguină sau limfatică (pe cale circulatorie din cordul drept), plămînul opune o serie întreagă de mecanisme de apărare, specifice şi nespecifice, organizate în 2 „bariere": prima, bariera bronhovasculară şi a doua, bariera alveolocapilară, a căror complexitate şi ierarhizare este redată în tabelul III.

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL III

Mecanismele de apărare bronhopulmonară şi leziunile imunopatologice

A. *Bariera bronho-vasculară*	Elementele componente	Factorii de apărare
Epiteliul bronşic (prima linie)	1. Celule cilindrice ciliate, alternînd cu: 2. Celule caliciforme (cu mucus) 3. Celule epiteliale 4. Membrana bazală	1. Mucusul bronşic şi aparatul ciliar (mecanismul fundamental de epurare bronşică şi de apărare a căilor respiratorii) 2. Imunoglobulina A secretorie (SIgA) are funcţie de anticorp nespecific, cu acţiune bactericidă şi virulicidă, în prezenţa lizozimului (funcţie scăzută la fumători ş.a.) 3. IgE — rol protector adjuvant al mucoasei bronşice
Corion (a doua linie)	1. Ţesut conjunctiv 2. Vase 3. Insule limfoide	Imunoglobulinele M şi G (IgM şi IgG) realizează apărarea interstiţială *specifică* antibacteriană, antifungică şi antivirală
Stratul submucos (a treia linie)	1. Ţesut conjunctiv 2. Vase 3. Fibre musculare netede	IgG şi IgM din ser realizează apărarea specifică intravasculară
Aceste mecanisme sînt destinate să protejeze alveola		

Scanned with OKEN Scanner

Continuare tabelul III

B. *Bariera alveolo-capilară*	1. *Surfactantul alveolar* (rol fizic antiatelectactic şi rol biochimic de protecţie) 2. *Celulele alveolare* mici *(tipul I)* răspunzătoare de secreţia surfactantului şi mari *(tipul II)* implicate în procesele de cicatrizare alveolară după leziuni virale sau chimice 3. *Macrofagul alveolar* cu activitate predominant *antibacteriană, antifungică* (prin fagocitoză şi pinocitoză) şi *antiviralâ*, prin producerea de interferon; asigură sterilitatea căilor aeriene subglotice. Aceste funcţii cresc în intensitate la macrofagul imun (macrofag „activat") 4. *Membrana bazală* — comună alveolei şi capilarului alveolar, este: — sediul tuturor proceselor imunologice, prin fixarea la acest nivel a complexelor antigen-anticorp + complement (tipul II şi tipul III, Gell şi Coombs); — punctul de plecare a eliberării de mediatori chimici (tipul I); — sediul reacţiilor inflamatorii 5. *Septul interalveolar* (interstiţial) constituie sediul de formare a granuloamelor (tuberculoză, micoze ş.a.) (tipul IV)

Metode de investigaţie în bolile pulmonare cu mecanism imun

Punerea în evidenţă a stării de hipersensibilitate a unui organism se poate face prin teste de provocare, în care se utilizează testele *in vivo* şi prin teste de investigaţie *in vitro*.

TESTELE DE PROVOCARE (testele IN VIVO)

Acestea constau în observarea răspunsului unui organism după introducerea antigenului (alergenului) avînd scopul de a reproduce reacţia antigen-anticorp *in vivo*.

Scanned with OKEN Scanner

1. Testele cutanate

Sînt cele mai răspîndit utilizate și mai ușor de aplicat. Introducerea alergenului se poate face fie printr-o *cutireacție* cum este, de pildă, aplicarea de timbre pe piele, utilizate mai ales la copil și prin *intradermoreacție*, mai precisă, în care se introduce în grosimea dermului o cantitate precis măsurată dintr-o soluție de antigen. Introducerea antigenului poate fi urmată de unul dintre cele 3 tipuri de reacție și anume:

a) *reacția imediată:* apare la 1—2 minute, atinge nivelul maxim la 20—30 minute și regresează după 1—2 ore fiind caracterizată printr-o serie de modificări cunoscute sub denumirea de triada Lewis: o maculă în centru, înconjurată de o papulă edematoasă, la periferia căreia se observă o zonă eritematoasă. Substratul reacției constă în vasodilatație marcată — identică cu cea care se produce după introducerea de histamină — precum și în prezența de mastocite, celulele țintă ale complexului antigen-anticorp (IgE) care eliberează mediatorii chimici de tip histamină, serotonină ș.a.;

b) *reacția semiîntîrziată:* apare la 4—6 ore după injectare, atinge maximum după 10 ore și dispare după 24—36 ore de la debut, constînd într-o tumefiere mai difuză, hiperemică, însoțită uneori de peteșii și chiar de necroză. Substratul microscopic constă în infiltrate celulare subendoteliale, cu predominanța polimorfonuclearelor, aduse la locul reacției prin acțiunea factorilor chemotactici eliberați în urma activării complementului la locul de fixare a complexelor antigen-anticorp;

c) *reacția întîrziată:* apare la 24—48 ore după introducerea antigenului și poate să persiste mai multe zile, constînd într-o zonă indurată roșie-violacee, de dimensiuni variabile; uneori această zonă poate prezenta flictene sau necroză centrală, cu o zonă lividă împrejur. Substratul microscopic constă într-o aglome-

Scanned with OKEN Scanner

rare densă de celule mononucleare care infiltrează spațiile pericapilare unde rămîn blocate prin acțiunea unor limfokine eliberate de limfocitul T sensibilizat față de antigenul în cauză.
Exemplul clasic al acestui tip de reacție îl constituie reacția tuberculinică.

2. Testele de provocare bronșică

Prin acestea se explorează direct sensibilitatea organului țintă și constau în inhalarea de aerosoli conținînd doze crescînde de alergen, care provoacă o bronhoconstricție, exprimată prin scăderea — după 10 minute — a volumului expirator pe secundă (VEMS). O scădere de cel puțin 15% indică doza limită de alergen. Bronhospasmul trebuie menținut la un nivel infraclinic și este reversibil prin administrarea de aleudrină. Este necesară o supraveghere ulterioară a pacientului, timp de 5—6 ore, cînd poate să survină o reacție semiîntîrziată, cu scăderea VEMS-ului care nu este reversibilă prin aleudrină, însoțită de fenomene generale: febră, dispnee, cianoză. Această reacție se observă mai ales după inhalarea de mucegaiuri și de antigene organice (dejecții, pene, actinomicete termofile etc.). Inhibiția acestei reacții se face prin administrarea prealabilă de cromoglicat, care constituie și un test diagnostic și terapeutic.

3. Testele de provocare nazală

Antigenul, de data aceasta, se aplică prin nebulizare pe mucoasa nazală, care, în caz de hipersensibilitate la antigenul în cauză, răspunde printr-un proces de vasodilatație și exsudare, evidențiabile prin rinoscopie sau prin studiul citologic al secrețiilor. Testul de provocare nazală poate fi util și în precizarea unei stări de hipersensibilitate și la celelalte niveluri ale arborelui respirator, înlocuind, în special la copil, testele inhalatorii.

Scanned with OKEN Scanner

Practicarea testelor de provocare *(in vivo)* nu sînt lipsite de o serie de impreciziuni şi de discordanţe datorită unor factori care ţin de fiziologia pielii sau a mucoaselor interesate în testele de provocare, de tratamentele aplicate anterior, factori care se interpun între stimulul antigenic de provocare şi mecanismele imune declanşate. În afară de aceasta testele *in vivo* nu sînt lipsite de riscul declanşării uneori a unui şoc anafilactic, atunci cînd concentraţia de antigen utilizat este prea mare, sau cînd starea de hipersensibilitate se află la un prag foarte ridicat. De aceea, astăzi se manifestă tendinţa generală de a se înlocui, progresiv, testele *in vivo* cu teste *in vitro*, a căror gamă s-a lărgit mult în ultimii ani, concomitent cu creşterea sensibilităţii şi specificităţii acestora.

METODE DE INVESTIGAŢIE IN VITRO

Utilizate din ce în ce mai mult în laboratoare, aceste metode pot fi clasificate în:
— tehnici care pun în evidenţă terenul atopic;
— tehnici prin care se precizează o reacţie imună faţă de un anumit antigen.

A. PUNEREA ÎN EVIDENŢĂ A TERENULUI ATOPIC

Dozarea IgE. Observaţiile mai vechi arătau că pacienţii cu astm, rinită alergică şi eczemă, posedă anticorpi cu proprietăţi de sensibilizare a pielii şi că aceşti anticorpi prin transfer propriu de ser la indivizi normali transferă şi starea de sensibilizare; aceşti anticorpi au fost numiţi reagine. Recent s-a descoperit că ei aparţin unei clase noi de imunoglobuline: IgE, că se găsesc în mod normal în cantităţi foarte mici în serul indivizilor normali

Scanned with OKEN Scanner

și în cantități crescute în serul provenit de la indivizi atopici (suferind de astm, rinită, eczemă).
Punerea la punct a metodelor imunologice a permis astăzi diagnosticul de rutină al tulburărilor alergice prin punerea în evidență a unui *nivel ridicat de IgE* în ser.
Metoda modernă de dozare cea mai răspîndită utilizează radioimunosorbenți (radioimunosorbent test = RIST), cu ajutorul unor truse complete furnizate de casa „Pharmacia" (Uppsala — Suedia).
Nivelul mediu al IgE la adulții normali este de cca. 100 u/ml, iar la indivizii suferind de astm extrinsec, rinită, eczemă, nivelurile cresc de la cîteva sute pînă la 1 000 u/ml și peste.

B. PUNEREA ÎN EVIDENȚĂ A UNEI REACȚII IMUNE FAȚĂ DE UN ANUMIT ANTIGEN

Testele utilizate sînt de două categorii, după cum răspunsul imunitar investigat este mediat *celular* sau *umoral*.

1. Metode prin care se investighează răspunsul imun mediat celular

a) *Testul de transformare limfoblastică.* Principul metodei constă în izolarea limfocitelor din sîngele periferic și cultivarea lor *in vitro* în mediu de culturi celulare adecvat, în prezența și în absența antigenului cercetat. În cazul prezenței de limfocite sensibilizate față de antigenul în cauză se observă transformarea limfocitelor în limfoblaști (celule cu caractere morfologice caracteristice).
Pentru aprecierea proporției fenomenului de transformare blastică se pot utiliza 2 metode:
— metoda microscopică, după colorarea frotiului prin metoda May Grünwald-Giemsa (se face formula cito-

Scanned with OKEN Scanner

logică și se exprimă în procentul de limfoblaști la 100 limfocite);
— metoda izotopică, după adăugarea de timidină tritiată; se măsoară activitatea radiantă a suspensiei de limfocite, care încorporează izotopul pe măsura creșterii activității nucleare, la un contor cu scintilație.
b) *Testul rozetelor sau testul imunocitoaderenței:* permite decelarea de anticorpi pe suprafața celulelor limfoide. Se utilizează limfocite de la individul alergic și hematii de oaie sensibilizate față de antigenul cercetat. Dacă individul este sensibil față de antigenul în cauză se produce o aglutinare în rozete în jurul hematiilor.
c) *Testul de inhibiție a migrării leucocitare*. Această investigație se poate efectua printr-un test indirect sau printr-un test direct:
— *testul indirect* constă în următoarele: se recoltează sînge periferic (40—50 ml) și se izolează limfocitele care apoi se cultivă în mediu de culturi celulare în prezența antigenului studiat; în cazul în care există o hipersensibilitate față de antigenul în cauză, limfocitele sensibilizate eliberează o limfokină: factorul de inhibiție a migrării macrofagelor (MIF) care, în al doilea timp al reacției, va inhiba migrarea dintr-un tub capilar a unei suspensii de macrofage normale (recoltate din peritoneul de cobai);
— *testul direct* se utilizează mai mult, avînd avantajul că necesită o cantitate mai mică de sînge (cîțiva ml); se recoltează totalitatea celulelor de la limita de separare dintre plasmă și masa eritrocitară *(buffy coat)* care se introduc în tubul capilar și se introduc în mediul de culturi celulare conținînd antigenul studiat; în cazul prezenței hipersensibilității față de antigenul în cauză, celulele vor fi împiedicate să migreze din tubul capilar.

Scanned with OKEN Scanner

2. Metode prin care se investighează răspunsul imun mediat prin anticorpi

Metodele de decelare și de dozare a anticorpilor față de antigenele studiate sînt în funcție de proprietățile fizico-chimice și de nivelul lor în sîngele circulant. Pe de altă parte, pentru a obține rezultate valabile, în sensul precizării cu cît mai mare certitudine a unei boli cu mecanism imun, trebuie ca antigenele puse în reacție să fie bine identificate și să fie utilizate sub o formă cît mai purificată. În felul acesta se vor evita pe cît posibil reacțiile încrucișate permițînd obținerea unor rezultate corespunzătoare sub raportul specificității și al sensibilității.

În funcție de tipurile de anticorpi, reacțiile utilizate mai frecvent sînt următoarele:

a) *Reacțiile de precipitare:* sînt cele mai ușor de efectuat: amestecul de ser imun cu o soluție de antigen corespunzător duce la formarea unui precipitat constituit din complexe insolubile antigen-anticorp. Reacțiile de precipitare se pot efectua *în tuburi*, conținînd cantități fixe de ser imun, peste care se adaugă cantități crescînde din antigen studiat, notîndu-se concentrația minimă la care apare inelul de precipitare. Astăzi se preferă însă metoda de *precipitare în gel* (Ouchterlony), în care serul imun și antigenul sînt depuse în godeuri făcute într-un strat de agar pe o lamă; prin migrarea celor doi reagenți unul către altul, în cazul unei reacții specifice, se formează benzi de precipitare, constituite din complexele insolubile antigen-anticorp.

b) *Reacțiile de hemaglutinare* realizează în principiu o dozare de anticorpi, în prezența antigenului corespunzător, ca și în reacțiile de precipitare. Principiul reacției constă în sensibilizarea prealabilă cu antigenul investigat, a unei suspensii de hematii, care apoi, puse în prezența serului imun în diluții pro-

Scanned with OKEN Scanner

gresive, se vor aglutina. Reacţia de hemaglutinare este mai sensibilă decît reacţia de precipitare, decelînd cantităţi mai mici de anticorpi.

c) *Reacţia de imunofluorescenţă.* Principiul acestei reacţii constă în fixarea unui fluorocrom („colorant" fluorescent) pe proteina-anticorp sau pe proteina-antigen care în contact cu antigenul, respectiv cu anticorpul, formează un complex antigen-anticorp stabil şi care poate fi pus în evidenţă cu ajutorul microscopului prevăzut cu echipamentul special de filtre pentru fluorescenţă şi cu o sursă puternică de raze ultraviolete (lampa cu vapori de mercur). Cu ajutorul acestei metode se poate caracteriza atît antigenul cît şi anticorpul; prezintă o mare specificitate şi sensibilitate şi de aceea se utilizează astăzi pe scară largă în diagnosticul imunologic.

d) *Reacţia cu radioimunosorbenţi, pentru precizarea alergenului cauzal.* Se utilizează radio-alergo-sorbent-testul (RAST), pentru care se livrează truse complete de reagenţi de către casa „Pharmacia" (Uppsala-Suedia). Spre deosebire de tehnica RIST (v. mai sus) în care se face dozarea globală a nivelului IgE dintr-un ser, pentru precizarea terenului atopic, în testul RAST se determină starea de hipersensibilitate faţă de un anumit alergen punînd în reacţie IgE specifică pentru acel alergen. În felul acesta se poate înlocui cu succes testarea cutanată cu diferite antigene, care, aşa cum am văzut mai sus, introduce un element funcţional variabil, cum este pielea pacientului, care poate da răspunsuri variabile în funcţie de teren, de tratamentele urmate şi în plus prezintă uneori riscul de a declanşa fenomene de tip anafilactic, cînd doza de alergen este prea mare.

Dr. G. ALGEORGE

Scanned with OKEN Scanner

Aspecte din patologia pulmonară profesională neconiotică

Deşi în 1971 la Conferinţa de la Bucureşti, la propunerea experţilor Organizaţiei Internaţionale a Muncii s-a adoptat o definiţie a pneumoconiozelor în care nu se mai ţine seama de originea minerală sau vegetală a pulberilor inhalate, practicienii continuă să acorde un loc aparte patologiei pulmonare provocate de pulberi organice sub denumirea de afecţiuni profesionale neconiotice.

Din această patologie, care cuprinde afecţiuni alergice, plămînul toxic, unele entităţi particulare ca bisinoza, febra metalelor, febra polimerilor precum şi unele bronşite cronice legate de expuneri iritante cu agresiune lentă, vom descrie numai unele aspecte ale alveolitelor alergice extrinseci, termen prin care Scadding şi Pepys au vrut să marcheze interesarea predominant parietoalveolară în opoziţie cu pneumonia care ar traduce exsudarea în spaţiile intraalveolare.

Prin evoluţia, mai mult sau mai puţin rapid sclerogenă a leziunilor, capitolul acestor afecţiuni se integrează — prin aspectele sale finale — în fibrozele interstiţiale difuze secundare alături de sarcoidoză, colagenoze şi histiocitoza X.

Plămînul de fermier

Plămînul de fermier, denumit astfel de Pickles pe vremea cînd nu se elucidase încă natura exactă a bolii, este o afecţiune dispneizantă, întîlnită în mediu agricol mai

Scanned with OKEN Scanner

ales toamna și iarna, avînd predilecție pentru regiunile cu climă rece și umedă.
În 1962, Pepys și colab., punînd în evidență în serul acestor bolnavi precipitine față de fîn mucegăit și față de unele actinomicete termofile deschid lunga serie a cercetărilor imunologice din cadrul acestui capitol. Boala se poate întîlni și la animalele fermei (*fog fever* la vaci, *broken wind* la cai) constituind un element de atragere a atenției asupra posibilității ivirii unor manifestări similare la personalul care lucrează în mediul respectiv.
Formele cu debut acut realizează tabloul unui sindrom febril pseudogripal, care apare 5—10 ore după manipularea fînului și durează 2—3 zile, dar puseul se reproduce la noi expuneri sau în aceeași epocă a anului următor.
Formele cu debut insidios se caracterizează prin dispnee progresivă, tuse și semne generale manifeste, scăderea ponderală putînd fi de 5—10 kg în cîteva luni.
În formele cronice aspectul este de fibroză interstițială difuză, complicat uneori și cu un sindrom obstructiv.
Radiologic de la reticulomicronodulația foarte fină a perioadelor mai puțin avansate se ajunge în final la aspectul de plămîn în fagure. Absența adenopatiilor hilare, absența pleureziilor și absența cavernelor este o regulă absolută.
Evoluția deficitului funcțional (restricție, bloc alveolocapilar, scăderea complianței) poate fi progresivă în timp ce concomitent se produce o regresiune radiologică și constituie principalul factor de apreciere a pronosticului.
Testele cutanate la extracte de fîn mucegăit sau la extracte de actinomicete termofile mai des întîlnite în patogenia acestei afecțiuni dau rezultate inconstante în formele de gravitate medie, dar în cazurile tipice reacții semiîntîrziate — după 6—8 ore de la injecție — sînt de obicei intens pozitive.

Scanned with OKEN Scanner

Este mai important studiul serului acestor bolnavi prin imunoelectroforeză și dublă difuziune care pune în evidență precipitine față de antigene extrase din *Micropolyspora foeni* (70—80% din cazuri) sau din alte actinomicete termofile care intervin cu o frecvență mai redusă (*Micromonospora vulgaris*, *Micromonospora melanospora*, *Thermoactinomyces vulgaris* etc.).
Testul de transformare blastică în prezența antigenului și cel de inhibare a migrației macrofagelor aduc și ele argumente diagnostice atunci cînd sînt pozitive.
Tratamentul eficace este cel profilactic cu scoaterea din mediul contaminat; corticoterapia s-a dovedit uneori utilă prin oprirea sau întîrzierea evoluției.

Plămînul crescătorilor de păsări

Acest termen creat de Pepys în 1966 desemnează o alveolită prin hipersensibilitate semiîntîrziată legată de inhalarea de antigene organice de proveniență aviară (proteine serice, dejecții, pene, albumine din ou). Boala a fost întîlnită la crescătorii de porumbei, unele specii de papagali, pui de găină și rațe.
Clinic manifestările pot fi de tip acut, subacut sau cronic, fără a deriva una din alta și ajungînd în final la o fibroză interstițială difuză.
Forma acută este cea mai frecventă (2/3 din cazuri) și se manifestă ca un sindrom pseudogripal cu bronhopneumopatie acută febrilă survenind la 4—6 ore după contactul cu alergenul. Evoluția este rapid regresivă.
În forma subacută manifestările respiratorii au evoluție progresivă și regresiunea nu este totdeauna totală după scoaterea din mediu.
Forma cronică este cea mai rară și se descopere într-un stadiu ireversibil, cu dispnee permanentă și cianoză dar existînd încă noi posibilități de agravare prin reexpu-

Scanned with OKEN Scanner

nere la antigene și prin răsunetul cardiac al insuficienței respiratorii agravate de infecții supraadăugate.
Radiologic în formele acute anomaliile pot să lipsească sau să fie reprezentate numai de o discretă micronodulație în cîmpurile pulmonare medii și inferioare. Ameliorarea radiologică este mai lentă decît cea clinică și de obicei numai parțială. În fazele avansate se ajunge la aspectul de plămîn în fagure al fibrozelor interstițiale difuze.
Funcțional se evidențiază un sindrom restrictiv și tulburări de transfer în cadrul blocului alveolocapilar. În cazurile în care se adaugă un sindrom obstructiv acesta nu este ameliorat de simpaticomimetice.
Testele de provocare (intradermic, prin inhalație) cu antigene aviare (proteine serice, extracte din dejecții, proteine din albuș de ou) reproduc unele din fenomenele clinice la 4—6 ore după administrare, dar este posibilă și o reacție imediată, fugace, sub forma unei tulburări expiratorii obstructive.
Studiul precipitinelor serice poate arăta și intervenția altor antigene aviare, antigene de actinomicete termofile și antigene aspergilare și aceasta nu datorită unor reacții încrucișate ci intensei poluări a mediului, care întrunește condițiile de umiditate și temperatură.
S-au pus în evidență precipitine și la indivizi aparent sănătoși, care trăiesc în vecinătatea păsărilor. În aceste cazuri se vorbește de „anticorpi în căutarea bolii". După Ishizaka și Campbell manifestările bolii sînt mai intense cînd proporția antigen-anticorp este de 3/2 în favoarea antigenului.
Evoluția acestor precipitine este variabilă dar în general se negativează progresiv în decursul a cîteva luni lipsite de noi expuneri. În formele cronice ele nu persistă decît în 50% din cazuri și aceasta explică greutatea de a afirma etiologia unei fibroze interstițiale difuze

Scanned with OKEN Scanner

chiar dacă anamneza regăsește un contact ce ar putea fi incriminat.
Tratamentul rămîne scoaterea din mediu, corticoterapia ca tratament paliativ și după Pepys inhalarea, prealabilă expunerii, de cromoglicat disodic.

Boala lucrătorilor din industria brînzei

Este o manifestare respiratorie de tip bronșită recidivantă întîlnită la lucrătorii din industria brînzei și la care s-au pus în evidență anticorpi precipitanți față de specii de *Penicillium (P. glaucum, P. casei)* și față de unii acarieni care se regăsesc în număr mare pe suprafața brînzeturilor.

Boala cultivatorilor de ciuperci

În această boală care îmbracă mai ales forme de alveolită acută s-au pus în evidență anticorpi precipitanți față de unele actinomicete termofile, în special *Actinobifida dichotomica.*

Boala aparatelor de condiționat aerul

Sînt manifestări respiratorii în care s-au pus în evidență precipitine față de antigene de *Micropolyspora foeni*, care poate contamina instalația de climatizare și umidifiere a aerului.

Scanned with OKEN Scanner

Boala lucrătorilor din fabricile de detergenți menajeri

Manifestările respiratorii semiîntîrziate survenind la unii lucrători din fabricile de detergenți menajeri sînt provocate de expunerea la enzime proteolitice produse de *Bacillus subtilis*, enzime care posedă o mare putere alergizantă.
S-au descris manifestări respiratorii similare și la clienții care utilizează acești detergenți pe bază de enzime proteolitice și în unele țări s-a renunțat la procedeele de fabricație care utilizează aceste enzime la prepararea detergenților.

Bagasoza

Boala este provocată de inhalarea reziduurilor trestiei de zahăr rezultate după presarea acesteia, care conțin în număr mare diverși spori fungici și alte microorganisme, care dau manifestări alergice de tip imediat și de tip semiîntîrziat.
Pepys și colab. au găsit și teste de provocare pozitive cu extracte din unele actinomicete termofile.

Bisinoza

Această afecțiune provocată de expunerea la pulberea de bumbac sau la pulberea de in și cînepă este cunoscută de mult timp; în stadiile sale încă reversibile era denumită „febra zilei de luni".

Scanned with OKEN Scanner

S-au pus în evidență precipitine serice față de antigene solubile extrase din bumbac, respectiv față de extrase apoase din pulbere de cînepă sau de in.

Această sumară trecere în revistă nu a epuizat capitolul afecțiunilor etichetate ca alveolite alergice extrinseci, care este în continuă creștere atît prin intensificarea studiilor imunologice cît și prin diversificarea continuă a procedeelor industriale.

În acest sens mai menționăm: boala lemnurilor exotice, coniosporioza, boala lucrătorilor din papetărie (la care s-au găsit și precipitine față de antigene extrase din spori de *Alternaria)*, suberoza prin expunere la praf de plută, boala lucrătorilor din industria frînghiilor, boala lucrătorilor din industria cafelei, lucrătorilor blănari, lucrătorilor din industria prafului de boia și pentru aspectul lor pitoresc vom reaminti boala mumiilor (provocată de spori și micelii de *Fusarium*, *Aspergillus niger*, *Mucor* și *Alternaria tenuis)* întîlnită la arheologi și muzeologi și boala tipăritorilor de biblii, care folosesc o hîrtie specială, care se umezește cu un spray de apă favorizînd dezvoltarea unor microorganisme gram-negative și fungi.

Mai menționăm — fără a epuiza lista acestor manifestări — că există o boală a încărcătorilor de silozuri (pneumopatie toxică) și o boală a descărcătorilor de silozuri (pneumopatie alergică de tip plămîn de fermier). Pneumopatia încărcătorilor din silozuri se manifestă printr-un edem pulmonar de tip lezional, cu bronșiolită obliterantă, datorită inhalării de vapori de nitrați legați de fermentarea resturilor de cereale din anul precedent. Simptomatologia survine tardiv (după 2—3 săptămîni), chiar după o expunere unică și de cele mai multe ori manifestările sînt foarte severe.

Scanned with OKEN Scanner

Manifestările întîlnite în acest grup de boli în care intervin antigene diverse (fungi, pseudofungi termofili, produse animale şi vegetale) au fost identificate de Pepys cu un fenomen Arthus (reacţie de tip III după clasificarea lui Gell şi Coombs).

Perioada de latenţă separînd contactul antigenic de apariţia simptomelor, caracterul semitardiv al testelor de provocare cutanate şi inhalatorii, prezenţa de anticorpi circulanţi de tip IgG, descoperirea unei infiltraţii celulare cu predominanţa polimorfonuclearelor la biopsia reacţiilor cutanate permit să se ia în considerare o reacţie de tip Arthus. Totuşi este posibil să intervină şi mecanisme mai complexe căci se întîlnesc şi reacţii de hipersensibilitate de tip imediat şi uneori se regăsesc argumente histologice în favoarea unor mecanisme de hipersensibilitate întîrziată, dovedindu-se încă o dată că patologia nu respectă integral nici chiar cele mai frumos ordonate scheme.

Fibrobronhoscopia

Fibrobronhoscopia a fost propusă în 1964, primele truse fiind comercializate în 1967. A început să fie utilizată pe scară mai mare din 1971 şi la noi a fost introdusă din 1975.

Principiul său este conducerea luminii printr-un fascicul flexibil de fibre de sticlă al căror diametru a fost calculat pentru a produce o reflexie totală a imaginilor, care astfel rămîn „prizoniere" în interiorul tubului.

Se utilizează un tub flexibil cu o lungime utilă de 600 mm şi o grosime de 3—5 mm din care un compartiment

Scanned with OKEN Scanner

gol cu diametrul de 1 mm este utilizabil pentru aspirație, brosaj bronșic periferic și biopsie bronșică. Metoda extinde mult limitele investigației bronhoscopice care înainte era limitată la bronhiile mari și segmentarele de ordinul 1 sau 2 și în plus nu mai prezintă aproape nici una din contraindicațiile vechii metode: gît prea scurt, artroză cervicală, sechele, *Morbus* Pott sau de traumatism rahidian, leziuni bucale sau maxilare, anevrism al crosei aortei. La traheotomizați se poate executa prin orificiul de traheotomie. Afecțiunile cardiace și insuficiența respiratorie rămîn a fi apreciate de la caz la caz, metoda putînd provoca un grad de hipoxemie reflexă, care în general nu coboară PaO_2 cu mai mult de 20 mm Hg.

Indicațiile metodei rămîn aceleași cu ale bronhoscopiei clasice: hemoptizii, mai ales după 40 de ani, tuse iritativă persistentă, anomalii radiologice mediastinale sau parenchimatoase, în special cele evocînd adenopatii și tulburări de ventilație preoperator pentru a stabili extensia leziunilor bronșice etc.

Introducerea fibrobronhoscopului se poate face pe cale nazală, bolnavul stînd în fotoliu în fața examinatorului sau pe cale bucală, fie cu un mic inel de plastic între dinții bolnavului pentru a proteja aparatura, fie cu intubație traheală dacă este necesar să se aspire secreții mai numeroase și mai groase. Se mai folosește și metoda introducerii prin bronhoscop rigid, care anulează însă avantajele ce decurg din comoditatea pentru bolnav, dar permite bronhologului o orientare mai ușoară, permite corecția hipoxemiei reflexe amintite mai înainte și o bună aspirație a secreților mai groase. Bronhoscopia clasică rămîne superioară cînd este vorba de manevre endoscopice cum ar fi extracția de corpi străini, biopsia de pinten bronșic și tratamente locale endobronșice.

Teritoriul preferat al fibrobronhoscopiei sînt bronhiile segmentare și subsegmentare la nivelul cărora se pot

Scanned with OKEN Scanner

executa brosaje bronșice, dar prelevările bioptice sînt foarte mici și foarte superficiale.
Din motive de dificultate de sterilizare la bolnavii presupuși baciliferi trebuie evitată fibrobronhoscopia, căci acest aparat compus din plastic și fibre de sticlă nu poate fi sterilizat în mod corect.

Aspecte din patologia pleurală

Din totalul revărsatelor pleurale aproximativ 90% sînt cu lichid clar. În raport cu vîrsta profilul etiologic este dominat de originea tuberculoasă (90% la adolescent și adultul tînăr) sau de originea neoplazică (după 45 de ani). Pe totalul pleureziilor există actualmente tendința de creștere a ponderii celor de origine neoplazică și de scădere a ponderii celor de origine tuberculoasă. Tuberculoza rămîne totuși prima etiologie care trebuie luată în considerație dacă circumstanțele de apariție permit să fie evocată. Hiperactivitatea tuberculinică a fost considerată de clasici drept una din caracteristicile pleureziei tuberculoase, dar ulterior s-a recunoscut că reacțiile tuberculinice sînt frecvent slabe și în cazuri rare pot fi chiar negative.
După 45—50 de ani neoplasmul trebuie avut totdeauna în vedere. Aspectul mai mult sau mai puțin hemoragic-necoagulabil al lichidului extras la prima puncție orientează spre o afecțiune malignă, dar nu exclude nici o altă etiologie. În 50% din cazurile de neoplazii lichidul nu este însă hemoragic.
Examenul bacteriologic și mai ales căutarea virusurilor, căutarea directă a florei microbiene și a B.K. nu dau rezultate încurajatoare. Pozitivitatea culturilor pe Loewenstein nu depășește 50% din cazuri în cadrul etio-

Scanned with OKEN Scanner

logiei cert tuberculoase (verificate prin puncție-biopsie pleurală sau alte metode).
Citologia lichidului pleural — care trebuie determinată pe materialul extras la prima puncție — poate arăta o predominanță limfocitară, care evocă tuberculoza, dar este departe de a fi un caracter exclusiv, poate arăta o eozinofilie, care nu este apanajul absolut al unei etiologii anumite, iar în cazurile cînd arată o predominanță polinucleară, de obicei stadiu precoce al micropurulenței, aceasta nu poate fi folosită ca argument absolut împotriva unei etiologii tuberculoase. Lipsa unei predominanțe celulare, care duce la un aspect mixt, împestrițat, evocă o etiologie cardiovasculară, dar nu exclude alte etiologii și mai ales malignitatea.
Căutarea atipiilor în lichidul pleural se lovește de dificultăți mai mari decît în spută deoarece lichidul pleural constituie atît un mediu de cultură pentru celule cît și un mediu de citoliză.
Testul de fluorescență a tetraciclinelor pentru căutarea celulelor neoplazice în lichidul pleural este grevat de unele răspunsuri fals pozitive și fals negative. El se bazează pe fixarea preferențială și durabilă a tetraciclinelor pe celulele tumorale și decelarea lor cu ușurință datorită proprietății acestor antibiotice de a produce o fluorescență galbenă în radiațiile ultraviolete.
Examenul citologic al lichidului pleural este capabil să stabilească natura neoplazică cam în 50% din cazurile cu etiologie cert stabilită (biopsie, examenul piesei de exereză, necropsie).
Puncția-biopsie pleurală este capabilă să stabilească originea neoplazică a lichidului pleural tot în aproximativ 50% din cazurile cu etiologie cert stabilită (examen citologic, examenul piesei de exereză, necropsie).
Utilizarea concomitentă atît a examenului citologic cît și a puncției-biopsie pleurale ajunge la 70% confirmări, deoarece, pe lîngă unele rezultate care se supra-

Scanned with OKEN Scanner

pun, fiecare metodă aduce şi un plus propriu de pozitivitate.

În tuberculoză procentul de confirmări prin puncţie-biopsie pleurală este de aproximativ 85 din cazuri datorită faptului că leziunile sînt mai extinse şi mai uniform repartizate.

Dozarea proteinelor lichidului pleural este numai orientativă. Valorile peste 40 g°/$_{oo}$ sînt mai sugestive pentru tuberculoză, iar cele sub 40 g°/$_{oo}$ sînt mai sugestive pentru cancer sau altă etiologie decît tuberculoza.

Cifrele glicopleuriei mai scăzute (sub 0,60 g°/$_{oo}$) sînt mai sugestive pentru tuberculoză, iar cifrele mult scăzute (sub 0,20 g°/$_{oo}$) sînt caracteristice pentru pleurezia reumatismală.

Prezenţa *acidului hialuronic* în lichidul pleural al mezotelioamelor, în cantităţi variabile (de la cîteva centigrame la peste 1g%) pare să constituie un argument diagnostic de valoare, dar testul nu este de uz curent.

Creşterea importantă a activităţii *amilazice* a lichidului pleural se întîlneşte de obicei în revărsatele pancreatitei cronice, dar se poate observa şi în unele metastaze pleurale plecate de la un adenocarcinom.

Studiul *lacticodehidrogenazei* şi apoi a celor 5 izoenzime componente nu a permis concluzii diagnostice importante.

Gazometria lichidului pleural, cînd pH este acid şi PCO_2 crescută, ar pleda în favoarea unei etiologii tuberculoase, dar în pleureziile mai vechi, indiferent de etiologie, rezultatele se egalizează.

Neoplasmul pleural cel mai frecvent este cel metastatic, iar sursa cea mai frecventă a acestor metastaze este tumoarea primitivă bronşică. Cam 7—10% din carci-

Scanned with OKEN Scanner

noamele bronșice dau metastaze pleurale fără a mai pune la socoteală invaziile directe prin extensie la pleură a procesului malign. Interesarea pleurală bilaterală de către carcinomul bronșic este în relație cu prezența unor metastaze hepatice, care în aceste cazuri este o stație intermediară obligatorie de difuziune. Metastazele de la alte organe de obicei recunosc și ele o stație intermediară hepatică și sînt concomitente cu metastaze în alte organe. Din 100 revărsate pleurale neoplazice, 30 țin de un cancer bronșic mai mult sau mai puțin latent. Al doilea mare furnizor de metastaze pleurale este cancerul de sîn. Cancerul bronșic furnizează 60% din metastazele pleurale, iar împreună cu cancerul mamar 80%. Restul de procente sînt furnizate de tiroidă, pancreas, tract digestiv, rinichi și cancerele genitale.

Tumorile pleurale primitive sînt aproximativ de 10 ori mai rare decît cele metastatice și sînt reprezentate de mezotelioame. În antecedente se poate regăsi uneori o expunere la azbest (mineri, industria frînelor de automobil, tehnicieni dentari etc.). Se poate vorbi de mezotelioame difuze și de mezotelioame localizate, acestea din urmă ținînd mai ales de pleura viscerală. Termenul de benign adăugat uneori celor localizate are o semnificație pur histologică, care nu exclude o evoluție invadantă și recidiva după exereză.

S-a considerat multă vreme că mezotelioamele nu dau metastaze limfatice sau sanguine și existența metastazelor era un argument de infirmare a diagnosticului de mezoteliom. Astăzi se recunoaște că, deși foarte rare, metastazele sînt totuși posibile în ganglionii mediastinali, ganglionii axilari, plămînul contralateral, oase și ficat.

Interesarea *d'emblée* sau secvențială și a altor seroase nu trebuie considerată metastază ci drept o caracteristică a bolii.

Scanned with OKEN Scanner

Comportarea clinică a mezotelioamelor difuze și a celor localizate este în mare măsură asemănătoare și net diferită de a tumorilor pleurale metastatice.
Evoluția, cu remisiuni spontane sau după corticoterapie, a unei pleurezii, nu exclude natura tumorală.

Manifestările pleuropulmonare de origine medicamentoasă și toxică

Manifestările pleuropulmonare în cadrul accidentelor medicamentoase și toxice sînt foarte variate, la fel ca și mecanismele care le determină (răspuns paradoxal, care poate să fie sau să nu fie în raport cu doza, reacții toxice în raport direct cu doza și reacții de hipersensibilitate fără raport cu doza). În plus prin administrarea de corticoizi sau imunosupresoare aparatul respirator, care realizează o vastă suprafață de contact cu mediul ambiant (aproximativ 70 m^2) poate fi astfel mai ușor victima unor agresiuni bacteriene, micotice, virotice sau parazitare.
Administrarea unor substanțe medicamentoase pe calea aerosolilor poate avea uneori efect iritant provocînd hipersecreție și bronhospasm, iar pulverizarea de uleiuri balsamice poate provoca o pneumonie interstițială sau un granulom localizat simulînd o opacitate tumorală.
Unele antibiotice, enzime proteolitice (alfachimotripsina) și pulberi medicamentoase (extract de retrohipofiză) pot interveni printr-o acțiune imunoalergică provocînd fie bronhospasm fie un tablou de granulomatoză alergică.
De la primele descrieri (1951) de sindrom lupic la pacienți tratați cu sulfamide și penicilină pe lista medi-

Scanned with OKEN Scanner

camentelor putînd induce astfel de sindroame s-a adăugat treptat busulfanul, nitrofurantoina, procainamida, hidralazina, izoniazida, P.A.S., griseofulvina, tetraciclina, estroprogestative şi altele.
Infiltrate eozinofilice au fost descrise mai ales în cursul tratamentelor cu penicilină şi sulfamide.
Tablouri de pneumonie interstiţială au fost descrise în tratamentele cu busulfan, bleomicină, metotrexat, oxigen hiperbar. Erbicidele din familia dipiridilelor pot da o insuficienţă respiratorie gravă cu mers rapid prin fibroză interstiţială difuză după ingestii accidentale de soluţii din acest preparat. Inhalarea repetată de polivinilpirolidon din *spray*-urile cosmetice poate de asemenea determina fibroze interstiţiale difuze.
Cazuri de edem pulmonar au fost descrise în special după administrarea de β-blocante. Ca manifestare întîlnită la toxicomani trebuie amintit edemul pulmonar provocat de heroină, pe cînd la fumătorii de opiu şi marijuana se întîlnesc mai ales leziuni de bronşiolită necrozantă.
Tromboemboliile pulmonare după contraceptivele orale se întîlnesc mai ales în cazul existenţei unor factori predispozanţi ca hiperlipemia şi diabetul.
Anorexigenele derivate din amfetamine pot da hipertensiuni în mica circulaţie prin leziuni de vascularită stenozantă.
Pneumopatiile infecţioase survenind după terapiile care deprimă reacţiile imunitare sînt provocate fie de agenţi cu patogenitate constantă, fie mai ales de oportunişti. Dintre virusuri se întîlnesc mai ales citomegalovirusuri iar dintre fungi: *Aspergillus*, *Cryptococcus* şi *Candida*. Infecţiile respiratorii sufocante cu *Pneumocystis carinii* nu se întîlnesc la adult decît în cazurile speciale de imunosupresie, altfel rămînînd apanajul primelor 6 luni de viaţă ale prematurilor şi subponderalilor.
Astmul bronşic alergic prin sensibilizări la unele medicamente a fost descris în special la antibiotice şi surve-

Scanned with OKEN Scanner

nind mai ales printre personalul medical și auxiliar, dar s-a întîlnit și după administrarea de β-blocante, după aerosoli cu acțiune iritantă (acetilcisteina) sau prin efect paradoxal (supradozaj de bronhodilatatoare sau prin capacitatea anumitor indivizi de a metaboliza izoproterenolul într-un antagonist al său).

Adenopatii mediastinale de diverse sedii și dimensiuni, însoțite uneori și de infiltrate pulmonare, au fost descrise mai ales în cursul tratamentelor cu nitrofurani și metotrexat, regresînd rapid după oprirea tratamentului.

Pleureziile prin hipersensibilitate la nitrofurani și la metysergidă dau naștere unui exsudat în cantitate redusă, dar care lasă sechele radiologice.

La bolnavii cu tendință hemoptoică accentuată trebuie avut în vedere că aspirina, indocidul, butazolidina, largactilul, tofranilul ș.a. pot interveni alungind timpul de sîngerare, iar cafeina, teobromina, teofilina lungesc timpul de coagulare.

Mecanismele de apariție a accidentelor pleuropulmonare medicamentoase și toxice sînt greu de elucidat, nici clinic, nici histologic neavînd caractere specifice, iar testul de transformare blastică deși uneori util, nu este un examen adecvat tuturor formelor de manifestare ale acestor accidente.

Determinările mediastino-pulmonare ale bolii Hodgkin

Etiopatogenia bolii Hodgkin rămîne încă misterioasă, dar ipoteza virală începe să cîștige teren. Cu toate trăsăturile sale particulare ca prezența leziunilor de

Scanned with OKEN Scanner

tip granulom inflamator şi prezenţa tulburărilor hipersensibilităţii întîrziate evidenţiate prin intradermoreacţii slabe, rejet tardiv al homografelor şi diminuarea transformării blastice la diverse antigene, boala se încadrează în fond în familia neoplasmelor.

Diagnosticul se pune nu pe puncţie ganglionară ci pe baza unei biopsii ganglionare care în acelaşi timp situează cazul în cadrul clasificării histopatologice a lui Rye: hiperplazie limfocitară (cu prognosticul cel mai favorabil), scleroză nodulară (prognostic relativ favorabil), celularită mixtă (prognostic intermediar) şi depleţie limfocitară (prognosticul cel mai puţin favorabil). În fiecare caz în parte prognosticul depinde însă mai mult de extensia bolii, care este numai parţial dependentă de forma histopatologică (stadiul I = forma localizată, stadiul II = forma regională, stadiul III = forma diseminată, stadiul IV = forma cu individualizare viscerală).

Boala Hodgkin reprezintă 40—60% din limfadenopatiile maligne şi debutul mediastinal este recunoscut azi ca fiind cel mai frecvent. În afară de aceasta, în decursul evoluţiei survin frecvent localizări toracice (60% din cazuri), iar în stadiul terminal afectarea ganglionilor mediastinali este aproape constantă. Adenopatia este mai des poliganglionară decît monoganglionară, dar atingerea bilaterală nu este niciodată simetrică, lanţul paratraheal fiind în genere mai afectat datorită conexiunilor sale cu limfaticele cervicale.

Infiltraţia este localizată în jurul ganglionilor interesaţi, adică predomină în mediastinul antero-superior şi tendinţa de a se dezvolta înainte spre stern a fost din acest motiv considerată drept o caracteristică a bolii şi fenomenele de compresie la acest nivel pot da naştere unui sindrom mediastinal anterior de tip cav superior.

Pleureziile din perioada de debut sînt nespecifice prin tulburări compresive la nivelul hilului, dar ulterior pot

Scanned with OKEN Scanner

surveni pleurezii şi/sau pericardite datorită extensiei infiltraţiei prin limfaticele subpleurale.
Leziunile parenchimatoase cu componentă limfangitică, mai net sau mai puţin net tradusă pe filmul radiologic, pot fi uneori de tip multinodular, mărturisind o diseminare limfatică sau hematogenă şi o tumoare cu creştere rapidă dezvoltată dintr-un astfel de nodul se poate uneori excava prin necroză centrală. Pot coexista frecvent diverse leziuni nespecifice asociate, mai ales că lipsa de rezistenţă a organismului permite cu uşurinţă grefarea suprainfecţiilor, dintre care unele au fost chiar considerate drept agentul cauzal al bolii (B.K. şi diverse micobacterii atipice, diverse virusuri, *Candida*, *Aspergillus*, *Cryptococcus*, difteroizi, enterobacteriacee, *Pneumocystis carinii* etc.).
Faptul că astăzi se consideră că evoluţia poate fi controlată în cel puţin 2/3 din cazurile de boală Hodgkin impun eforturi deosebite în scopul unui diagnostic precoce.
Tratamentul este de resortul unui centru specializat, în care să colaboreze în bună armonie radioterapeuţi, chimioterapeuţi şi chirurgi, rolul de moderator revenind însă clinicianului.

Manifestările pulmonare ale colagenozelor

Denumirea de colagenoză a fost propusă de Klemperer şi colab. în 1940 pe baza existenţei ca factor comun a necrozei fibrinoide a colagenului. Astăzi unii preferă să le denumească conectivite. Ele au fost boli vedetă ale celor două decenii precedente, dar şi după ce au

Scanned with OKEN Scanner

pierdut această situație privilegiată cercetările în acest domeniu au continuat să aducă noi contribuții la cunoașterea mai nuanțată a factorilor antinucleari, a gradului de relație dintre colagenoze și autoimunitate, la catalogarea mai completă a drogurilor putînd induce manifestări cu unele aspecte similare (hidralazina, procainamida, hidantoina, fenilbutazona, contraceptivele orale, penicilamina, izoniazida etc.) și mai ales s-a îmbogățit în continuare capitolul speculațiilor etiopatogenice, luîndu-se în considerare posibilitatea unei infecții declanșante, mai ales de tip viral, cît și eventualitatea unei disfuncții intrinseci a aparatului imunitar, cu posibil caracter ereditar.

Cazurile de sindroame lupice induse de izoniazidă sînt rare, în lumina datelor din literatură apărînd ca de 3 ori mai puțin frecvente decît cele induse de procainamidă, dar un aspect tot atît de interesant este semnalarea făcută de Cannat și Seligmann în 1971 că 20% din pacienții tratați cu izoniazidă dezvoltă în mod asimptomatic anticorpi antinucleari, pe cînd la grupul martor, constituit din tuberculoși netratați, s-au găsit numai în 4% din cazuri.

Bolile de colagen, care afectînd toracele interesează pe pneumolog, includ lupusul eritematos diseminat, scleroza sistemică progresivă (sclerodermia), poliartrita reumatoidă și manifestările pulmonare eozinofilice în care sînt incluse aspecte de gravitate foarte diferită de la infiltratele labile, la granulomatoza Wegener și granulomatozele înrudite, dar manifestîndu-se pe teren atopic și în sfîrșit poliarterita nodoasă, care se situează la polul gravității maxime. Dermatomiozita și polimiozita pot da uneori aspecte pulmonare reticulonodulare bazale, dar pot avea și repercusiuni indirecte prin interesarea mușchilor toracici și ai diafragmului, avînd drept consecință insuficiența respiratorie.

Scanned with OKEN Scanner

Dintre elementele de investigație paraclinică vom cita numai hipergammaglobulinemia, care este prezentă ca în toate stimulările antigenice prelungite.
Celulele L.E. și rozetele sînt martorul existenței unui autoanticorp antinuclear — factorul lupic — îndreptat împotriva nucleoproteinelor solubile. Corpii hematoxilinici se consideră a avea *in vivo* aceeași semnificație ca și celulele L.E. Celulele Heller-Zimmermann sînt asemănătoare, dar nu identice ca semnificație cu celulele L.E. Celulele L.E. se regăsesc și în sindroamele lupoide medicamentoase, persistînd și după remisiunea clinico-radiologică, care se produce după suprimarea drogului.
Imunofluorescența indirectă este astăzi pusă larg la contribuție pentru punerea în evidență a factorilor antinucleari. Prin reacții de aglutinare cu particule inerte (latex, bentonită, hematii tanate) sensibilizate cu acid dezoxiribonucleic se pot pune în evidență anticorpi anti-ADN. Factorii antinucleari se regăsesc în 100% din cazurile de L.E.D., în 60% din sclerodermii și în 30% din poliartritele reumatoide.
În aproximativ 15% din cazurile de L.E.D. se poate decela un autoanticorp reacționînd cu cardiolipina și pozitivînd reacția Bordet-Wassermann.
Explorîndu-se imunitatea celulară se poate pune în evidență o sensibilitate cutanată de tip întîrziat la antigen nuclear (ADN) și se poate pune în evidență pozitivitatea testelor de transformare blastică și de inhibiție a migrației leucocitare la ADN. În schimb transformarea blastică la fitohemaglutinină este mai redusă decît cea normală și de asemenea reactivitatea cutanată la tuberculină.
Dozarea complementului arată că acesta este scăzut în boala în activitate, mai ales însoțită de nefropatie, deoarece anticorpii — pe lîngă acțiunea citotoxică directă — pot acționa și prin formarea de complexe circulante

Scanned with OKEN Scanner

(tip antigen + anticorp + complement), care se depun sub endoteliul vascular și constituie substratul grupului de manifestări denumite prin complexe imune.

În cursul L.E.D. manifestările respiratorii sînt relativ frecvente, dar situîndu-se după cele renale și articulare. În cadrul manifestărilor respiratorii, cele care se întîlnesc mai des sînt cele pleurale; în jumătate din cazuri sînt bilaterale și în 1/4 din cazuri poate exista o pericardită asociată. Aproape întotdeauna lichidul este în cantitate moderată.

În ce privește manifestările pulmonare, însoțite adesea de pleurezie, într-o primă fază sînt foarte polimorfe și dinamice (extensie, regresie, migrație) și cu sediu electiv la baze. După cîteva săptămîni opacitățile capătă o remarcabilă fixitate, fiind reprezentate mai ales de lungi linii orizontale cu predominanță bazală. Cînd manifestările toracice au caracter inaugural precedînd alte localizări, datorită caracterului lor polimorf, diagnosticul de L.E.D. nu se ia în considerație decît după eliminarea unei tuberculoze, unui cancer sau unei supurații pulmonare.

În scleroza sistemică progresivă aspectul pulmonar este frecvent normal sau cel mult prezintă un aspect fin reticulat la ambele baze, dar în stadii mai avansate poate realiza aspecte caracteristice de fibroză interstițială difuză, confirmată și de explorările funcționale.

În poliartrita reumatoidă se pot întîlni aspecte nodulare și aspecte de fibroză asociate între ele în grade diferite sau asociate cu o pleurezie. Sindromul Caplan traduce forma specială (noduli mari rotunzi diseminați) pe care o ia silicoza pe teren de poliartrită reumatoidă.

În granulomatoza Wegener leziunile pulmonare de tip condensant se pot frecvent excava.

Scanned with OKEN Scanner

În poliarterita nodoasă se întîlnesc leziuni infiltrative sau micronodulare și uneori aspecte foarte polimorfe incluzînd și imagini tumorale sau cavitare.

Dr. V. KERCEA

Tratamentul intermitent, strict supravegheat cu tuberculostatice

Metoda tratamentului cu tuberculostatice în administrare intermitentă reprezintă o problemă actuală în chimioterapia tuberculozei, întrucît aplicarea ei în practica curentă a fost privită uneori cu entuziasm, alteori cu scepticism.
Trebuie spus de la început că experiența de pînă acum dă dreptul să se afirme că tratamentul intermitent cu tuberculostatice strict supravegheat reprezintă o achiziție de preț a metodologiei combaterii tuberculozei.

Baza teoretică

Un contact între un tuberculostatic — în special bactericid — și o cultură de bacili tuberculoși este urmat de o inhibiție a înmulțirii germenilor, inhibiție care se prelungește chiar după ce medicamentul a dispărut din mediu. Acest fenomen a fost denumit „postefect". Postefectul nu este un fenomen propriu numai tuberculostaticelor, el fiind întîlnit în egală măsură și în cazul altor chimioantibiotice cu acțiune asupra florei

Scanned with OKEN Scanner

microbiene cu dezvoltare rapidă (banală), diferența constînd numai în durata acestuia. Pentru flora banală durează cîteva ore pe cînd la micobacterii, care au un ritm lent de multiplicare, postefectul se prelungește mai multe zile.

Opiniile în legătură cu procesul intim prin care se realizează acest fenomen sînt încă divergente dar majoritatea autorilor admit acțiunea bactericidă a drogului ca fiind esențială. Se presupune participarea și a unui efect bacteriostatic simultan. Știut fiind că bacilul tuberculos are un timp de generație în organismul uman (faza multiplicării logaritmice) de 36—48 ore și că acțiunea bactericidă a tuberculostaticelor este optimă în momentul multiplicării maxime apare clar justificarea teoretică a tratamentului intermitent.

Astfel, în cazul tratamentului intermitent bisăptămînal, prima priză de tuberculostatice va realiza o inhibare a multiplicării germenilor, consecință a efectului și postefectului. Pauza dintre cele două prize permite reluarea multiplicării, ceea ce creează condiții favorabile de acțiune pentru priza următoare.

Sigur că această prezentare schematică nu realizează toate relațiile complexe care se stabilesc în contextul bolii între macroorganism și drog, dar permite înțelegerea acțiunii bactericide mai pronunțate în cazul tratamentului intermitent.

Experiențele *in vitro* și *in vivo* au arătat rezultate echivalente și uneori mai bune decît cele obținute cu tratamentul zilnic.

Dezbaterile încă actuale pe tema tratamentului intermitent derivă și din avantajele previzibile față de formula administrării zilnice:

1) o mai bună toleranță față de droguri;
2) se poate asigura un tratament strict supravegheat înlăturîndu-se neajunsurile autoadministrării:
3) costul mult mai redus și de aici posibilitatea tratării unui număr mai mare de cazuri cu aceleași fonduri.

Scanned with OKEN Scanner

Tehnica terapiei intermitente strict supravegheate

Tuberculostatice folosite

Cele mai indicate tuberculostatice folosite pentru administrarea intermitentă sînt cele mai eficace și cu un postefect suficient de lung: rifampicina (RMP), hidrazida (HIN), etambutolul (ETB) și streptomicina (SM).
Etionamida (ETM) și *cicloserina* (CS) fiind deja administrate la o doză zilnică aproape de toxicitate se pretează mai greu la administrarea intermitentă întrucît dozele nu pot fi crescute.
Pirazinamida (PZA) poate fi folosită în doze de 3—4 g ca și kanamicina (KM) 2 g (2/7).
Tiocetazona (TA) și tiocarlida (TC) fiind lipsite de postefect nu se pretează la administrarea intermitentă.
Ca principiu deosebit față de tratamentul zilnic, în tratamentul intermitent cînd schema cuprinde două tuberculostatice, *anexele trebuie să fie bactericide*, adică: RMP sau INH cu ETB sau SM, eventual RMP cu INH cu cele mai bune rezultate.

TABELUL 1

Bactericide	Bactericide și bacteriostatice	Bacteriostatice
RMP INH	SM KM VM ETB ETM CS PZA	PAS TA TC

Scanned with OKEN Scanner

Dozele uzuale folosite sînt înscrise în tabelul II.

TABELUL II

Tuberculostatic	Ritm	Doză
INH	2/7	15 mg/kg
RMP	2/7	600—900 mg
SM	2/7	1,5 g
ETB	2/7	40—60 mg/kg
PZA	2/7	1,5 g
ETM	2/7	1 g
CS	2/7	1 g
PAS	2/7	14 g

Modul de administrare: se preferă a fi luată în priză unică în cazul administrării 2/7 şi fracţionat în 1/7.
Intervalul: în practică, avînd în vedere caracterul de masă al chimioterapiei se impune aplicarea formulei care permite cel mai bine individualizarea şi standardizarea schemelor.
Se pune problema în egală măsură pentru intervalele dintre prize 2/7 sau 1/7 cît şi pentru necesitatea sau inutilitatea unei faze iniţiale de tratament zilnic (7/7) de 1—2 luni.
Se pare că din prudenţă, deocamdată, cu toate că eficacitatea tratamentului intermitent „*ab initio*" nu poate fi negată, se preferă o schemă bifazică: 7/7 timp de 1—2 luni, apoi 2/7.
În schimb, în cazul schemei 1/7 majoritatea autorilor sînt de acord în a recunoaşte necesitatea unei faze iniţiale de 7/7 de cel puţin 1 lună.
Toleranţa incontestabil mai bună, cu rezerva pe care o ridică administrarea rifampicinei pentru care s-au sem-

Scanned with OKEN Scanner

nalat fenomenele de sensibilizare în special hematologice în proporţie de aproximativ 10%. Cu toate acestea tulburările nu au fost de natură să contraindice administrarea intermitentă a acestui drog.

Aplicarea strict supravegheată

Succesul unui tratament intermitent nu poate fi scontat decît cu condiţia creării unui sistem de administrare strict supravegheată deoarece în ritmul de 2/7 orice priză omisă poate duce la o spaţiere necorespunzătoare cu consecinţe negative asupra rezultatului terapeutic final.
Introducerea la noi în ţară la scară naţională a tratamentului strict supravegheat, a dovedit posibilitatea trecerii la un sistem cu consecinţe dintre cele mai favorabile, creîndu-se posibilitatea ca chimioterapia să devină cea mai eficientă măsură de lichidare a surselor de infecţie.

Astmul

Astmul se caracterizează prin crize de dispnee paroxistică, cu predominanţă expiratorie, însoţită de raluri sibilante datorite reducerii brutale difuze şi reversibile a lumenului bronşic. De fapt acest sindrom este un răspuns unitar la o multitudine de agresiuni.
Problemele de diagnostic pozitiv şi diferenţial sînt dintre cele mai dificile întrucît manifestările clinice îmbracă un polimorfism foarte mare.
Prezentăm în tabelul I principalele tipuri de criză în funcţie de intensitate şi de etiologie, analizîndu-se caracterele specifice, durata, circumstanţele de apariţie şi aspecte ale diagnosticului diferenţial.

Scanned with OKEN Scanner

Tip de criză	Caractere	Durată
1	2	3
Crizete	dispnee + sibilante	scurtă (secunde sau minute)
Crize tipice	dispnee cu senzaţie de lipsă de aer, senzaţie de strictură interioară şi după cîteva minute tuse cu expectoraţie albicioasă, granulară, sibilante	cîteva ore
Atacul de astm	senzaţie de lipsă de aer, de strictură interioară etc., care se repetă mai multe zile cu aceleaşi caractere însă: — între timp persistă dispneea, — debutul crizei se acompaniază de febră, — expectoraţia este la un moment dat purulentă existînd semne sigure de infecţie a căilor respiratorii superioare sau profunde	4—10 zile; atacul se reproduce o dată sau de două ori pe lună sau trimestru
Starea de rău astmatic clasic	dispnee de la început dramatică. Tuse variabilă. Expectoraţie uneori purulentă, după cîteva zile sibilante numeroase, murmurul vezicular poate fi abolit (semn de alarmă)	după cîteva ore risc de cord pulmonar şi acidoză

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL I

Circumstanţe	Etiologie	Diagnostic diferenţial
4	5	6
— fără cauză aparentă; — rolul posibil al emoţiilor, efortului; — la sfîrşitul după-amiezii sau la ora 2—3 dimineaţa	astm prin hipersensibilitate întîrziată (astm bacterian)	crize emotive sau pitiatice la un emfizematos sau nu
asemănătoare pentru aceiaşi bolnavi	astm alergic comun	crize imaginative simulate sau crize pitiatice
în special iarna	astm infectat şi alergic comun	infecţii bronşice simple sau dilataţii bronşice; între crize nimic de semnalat sau insuficienţă respiratorie
— declanşat de infecţii respiratorii — teren emfizematos secretor sau hipersecretant		evoluţie pulmonară sufocantă; edem pulmonar acut
— bronhopneumopatie cronică dată de tutun etc.		

Scanned with OKEN Scanner

Tip de criză	Caractere	Durată
1	2	3
Starea de rău astmatic atenuat	dispnee mai puţin forte, însă continuă; sibilante, proba adrenergică (pozitivă); expectoraţie purulentă sau nu; subiectul este sau nu hipoxic dar permanent hipercapnic	foarte prelungită (ani)
a) Astmul profesional b) Astmul cu predominanţă infecţioasă	face parte din starea de rău astmatic atenuat dispnee + tuse dominantă Tuse dominantă. Dispnee. Expectoraţie purulentă, sibilante	astmul de luni care durează toată săptămîna agravîndu-se în 4—6 săptămîni fără tratament
Astmul de efort adevărat	dispnee + sibilante	3—15 minute
Astmul de frig	dispnee + sibilante	3—15 minute
Premenstrual	agravare pasageră a unui astm preexistent în	
Astm cardiac	dispnee + cianoză sibilante + crepitante fine	minute sau ore

Scanned with OKEN Scanner

continuare (tabelul I)

Circumstanțe	Etiologie	Diagnostic diferențial
4	5	6
—administrare de opiacee, sedative sau oxigen (depresiune respiratorie)		
insuficiență respiratorie de bază, descoperirea unui element spasmodic este o șansă pentru un tratament posibil; menopauza la femei se însoțește de insuficiență respiratorie (astm cu dispnee continuă); intoxicații adrenergice moderate însă permanente	dificil de determinat	— emfizem; — bronhopneumopatie cronică fără astm; — insuficiență ventriculară stîngă
	dificil de precizat; rolul mediului psihologic; infecția, rolul posibil al insuficienței respiratorii	complex ușor de determinat
efort psihic puțin important; efort fizic important	necunoscută	— astm la pulberi
evidente	probabil aparține astmului microbian	—
zilele premergătoare menstruației		
hipertensiune pe fondul unei insuficiențe cardiace	insuficiență respiratorie + infecție bronșică; decompensare cardiacă	— edem pulmonar subacut

Scanned with OKEN Scanner

Examene paraclinice

Probele funcţionale respiratorii:
— în formele paroxistice: disfuncţie bronşiolară difuză (VEMS scăzut, raportul Tiffeneau scăzut, creşte rezistenţa dinamică), instabilitate bronhomotorie între crize, reversibilitatea sindromului obstructiv la aleudrină şi hipersensibilitate la acetilcolină;
— în formele de dispnee continuă: disfuncţie ventilatorie mixtă, reversibilitate parţială la aleudrină.

Diagnosticul etiologic

Cercetarea etiologiei alergice.

1. Elemente de orientare

— natura explozivă;
— criza spasmodică asociată;
— alte manifestări alergice;
— ereditate alergică;
— eozinofilie sanguină şi în secreţiile bronşice şi nazale;
— modificarea puterii histaminopexice.

2. Identificarea alergenului

— interogatoriu asupra circumstanţelor de apariţie, alergenii fiind: *pneumoalergene* (praf de casă, praf industrial, mucegaiuri atmosferice, scuame de animale, pulberi de cereale, polen etc.); *alergene microbiene şi micotice* (streptococ şi *Candida albicans*, de obicei); *alergene alimentare* (rar în patologia respiratorie); *alergene medicamentoase*, excepţional produc crize (penicilina, aspirina).

3. Teste paraclinice

— teste cutanate — uneori produc crize;
— teste de provocare prin aerosoli pentru pneumoalergene;

Scanned with OKEN Scanner

— teste de provocare prin injecţii subcutanate;
— teste *in vitro:* degranularea bazofilelor, transformarea blastică pentru alergene medicamentoase şi microbiene, testul migrării macrofagelor pentru alergia întîrziată, imunofluorescenţă, dublă difuziune pentru precipitine şi testul anafilaxiei pasive pentru fenomenele reaginice.

Tratament

S i m p t o m a t i c (vezi tabelul II):

E t i o l o g i c:

Astmul alergic
— evicţiune (scoaterea din mediu);
— desensibilizare;
— antihistaminice.

Astmul semiîntîrziat — la *candida* şi mucegaiuri
— evicţiune dacă este posibil;
— tratament antifungic;
— desensibilizare.

Astmul profesional al fermierilor:
— evicţiunea, singura eficace.

Astm prin hipersensibilitate întîrziată (bacterian)
— evicţiune din focare infecţioase (asanare);
— autovaccin şi desensibilizare bacteriană;
— corticoterapie sau imunodepresoare.

Tratamentul stărilor asociate

Astm infectat
— antibiotice (ampicilină, tetraciclină), macrolide etc.;
— vaccin antiinfecţios în afara puseurilor;
— tratamentul infecţiilor de focar.

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL II

Medicament	Doză	Mod de administrare
1	2	3
Simpatomimetice		
— Astmopent	2 pulverizaţii în cursul unei inspiraţii eficace fără a depăşi 3—4 pe 24 ore	aerosoli
— Alupent		
— Ventolin		
etc.		
Efedrină	0,05—0,06 g pe zi	*per os*
Teofilină şi derivaţi	0,10 g — 3—4 ori/zi	*per os*
		intravenos
		intrarectal
Corticoizi — fluoraţi sau nu (nu se administrează obligatoriu)	10—20 mg	intravenos sau intramuscular,
— Prednison	1—2 cp a 5 mg pînă la 30—40 mg/zi	*per os*
— Fluocinolon (Volon, Kenalog)	40—80 mg la 3—4 săptămîni	intramuscular
— Triamcinolon		
Oxigenoterapie Cu prudenţă în insuficienţele respiratorii		
Sedative În afară de doze mari de barbiturice, diazepam, meprobamat:		
— Hidroxizin	2—3 tablete/zi	*per os*
Fluidifiante şi expectorante		
— Bisolvon	3—5 tablete/zi	*per os*
— Rhinathiol	3—4×2 ml/zi	*per os*
— Iodură de K	0,5 g — 3 ori/zi	*per os*
— Antihistaminice şi Cromoglicat disodic	2—3 tablete/zi	*per os*
— Romergan, Feniramin, Tavegil	2—3 tablete/zi	*per os*
Tonice cardiace la nevoie		

Scanned with OKEN Scanner

Insuficiență respiratorie
— vaccin antiinfecțios;
— reeducare respiratorie;
— suprimarea fumatului.

Hipernervozitatea — anxietatea
— sedative blînde, anxiolitice;
— tehnica de respirație controlată Yoga.

Astmul premenstrual
— diuretice în a 20—21-a zi a ciclului.

Astmul cardiac
— diuretice, antiinfecțioase, teofilină. corticoizi.

Insuficiența respiratorie acută a bronhopneumopatiilor cronice

În cursul evoluției bronhopneumopatiilor cronice (BPOC) pot surveni episoade asfixice, generatoare de puseuri de insuficiență respiratorie acută (IRA).

Terenul pe care se poate instala o IRA este reprezentat în tabelul I.

Simptomatologia puseurilor de IRA se traduce prin manifestări respiratorii, cardiovasculare, renale și neuropsihice consecutive tulburărilor de hematoză (tabelul III).

Sindroame biologice

— hipoventilația alveolară → hipoxemie (SaO_2 sub 70%, PaO_2 sub 50 mm Hg);
— acidoză respiratorie → hipercapnie ($PaCO_2$ între 60 și 100 mm Hg);

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL I

BPOC	Sindrom posttuberculos	Alte afecţiuni cronice respiratorii
— bronşita cronică — emfizem centrolobular — boală astmatică — emfizem panacinar	— fibroze — emfizem paracicatriceal — sechele pleurale — intervenţii mutilante — puseuri evolutive	— pneumoconioze — fibroze interstiţiale difuze — bronşiectazii — bronhopneumopatii de origine cardiacă — sechele de exereză pulmonară — deformaţii toracice — sechele de polio

TABELUL II

Circumstanţe declanşante

Cauza declanşantă	Mecanism de acţiune
— suprainfecţii respiratorii	Edem şi spasm bronşic cu încărcare pulmonară şi creşterea travaliului respirator
— terapeutică intempestivă (drajeuri depresive, oxigenoterapie)	Majorarea hipoventilaţiei alveolare, încărcare prin antitusive (În hipercapnia cronică hipoxemia are rol de stimulent respirator principal. Oxigenoterapia excesivă suprimă hipoxemia şi agravează depresiunea respiratorie)
— patologie intercurentă — pneumotorax spontan — embolie pulmonară — anestezie generală	Reducerea suprafeţei de hematoză

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL III

Semne respiratorii	Semne cardiovasculare	Semne renale	Semne neuropsihice
— dispnee cu polipnee superficială	— tahicardie	— insuficienţă renală funcţională	— cefalee
— cianoza extremităţilor	— semnul Harzer pozitiv	— oligurie	— tulburări ale somnului
— eritroză difuză	— turgescenţa jugularelor	— hiperazotemie	— tulburări ale vigilenţei (obnubilare—comă)
— diminuarea murmurului vezicular	— hepatomegalie	— proteinurie discretă	— tulburări psihice: agitaţie, euforie, stări confuzionale
— radiografic: distensie gazoasă	— edeme		— reflexe osteotendinoase abolite
	— injectarea conjunctivelor		— mioclonii
	— protruzia globilor oculari		— EEG — micşorarea traseelor
	— ritm de galop sau suflu sistolic la tricuspidă		
	— ECG — semn de cord pulmonar cronic		

— hipocloremie plasmatică;
— poliglobulie;
— insuficienţă renală funcţională.

Urgenţa cu care trebuie intervenit cu mijloacele terapeutice adecvate reclamă un diagnostic diferenţial prin care să se excludă un edem pulmonar acut, embolie pulmonară, o stare de rău astmatic, o comă de altă origine, sindromul Pickwick, stenoză laringotraheală etc.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament

Obiectivul principal este *redresarea hematozei* prin:
1. Oxigenoterapie progresivă, continuă, cu sondă nazală la debitul de 1—1,5 l/min.
2. Dezobstrucţia căilor respiratorii: fluidifiante, secretolitice, bronhodilatatoare, umidifiere, kineziterapie respiratorie, eventual intubaţie sau traheotomie cu respiraţie endotraheală.
3. Respiraţie asistată la nevoie cu masca sau cu aparate volumetrice.
4. Antibioterapie cu antibiotice cu spectru larg care să cuprindă în particular germenii Gram-negativi.
5. Corticoterapia eficace în cazul unor tratamente anterioare cu corticoizi sau în cadrul bolii astmatice. În rest discutabilă.
6. Măsuri care vizează susţinerea cordului drept: regim desodat, sîngerare cînd hematocritul este mare, diuretice în caz de retenţie hidrosalină (inhibitori ai anhidrazei carbonice în caz de pH puţin acid şi spironolactone în caz de hiperaldosteronism secundar).
Digitalicele nu îşi găsesc indicaţie mai cu seamă că pot produce tulburări de ritm. Se administrează după corecţia hipoxemiei dacă persistă fenomene de insuficienţă cardiacă.
Anticoagulantele în perioada asfixică pot produce hipocoagulabilităţi cu consecinţe grave.
Clorură de potasiu după corectarea acidozei iniţiale.

Sarcoidoza

Sarcoidoza sau boala Besnier-Boeck-Schaumann reprezintă o afecţiune generalizată a sistemului reticuloendotelial de etiologie încă necunoscută.

Scanned with OKEN Scanner

Prezența țesutului reticuloendotelial în toate organele și țesuturile explică posibilitatea localizării ubicuitare a sarcoidozei. Coexistența mai multor localizări determină un tablou clinic polimorf.

Diagnosticul pozitiv cert este adesea greu de obținut, bazîndu-se numai pe examenul histopatologic care pune în evidență granuloame sarcoidiene, din leziuni sau din modificările induse de testul Kveim. Dificultatea obținerii confirmării histologice justifică recurgerea la criterii mai puțin certe, clinico-radiologice și biologice dar de real folos în practica curentă, mai ales că modificări histologice asemănătoare se întîlnesc și în alte afecțiuni. Dintre toate localizările, cea mediastinopulmonară prezintă un interes deosebit prin frecvența cu care este întîlnită, prin manifestările clinico-radiologice și implicațiile terapeutice pe care le reclamă.

În tabelul I sînt prezentate schematic frecvența, manifestările clinice și de laborator în funcție de localizarea leziunilor sarcoidiene.

În tabelul II sînt expuse examenele complementare necesare stabilirii diagnosticului.

Diagnostic diferențial

Avînd în vedere diversitatea localizării sarcoidozei, în cadrul diagnosticului diferențial poate fi trecută în revistă toată patologia medicală. Vom reține deci aspectele de diagnostic diferențial impuse de localizarea gangliopulmonară (tabelul III).

Tratament

Singurul tratament eficace pentru majoritatea localizărilor, cu excepția celor cutanate pe care nu le influențează, și a diabetului pe care îl agravează, este corticoterapia.

Tratamentul trebuie să țină cont de doi factori:

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL I

Localizare	Frecvență	Simptomatologie clinică — radiologică	Date de laborator
1	2	3	4
Mediastino-pulmonară	foarte frecventă		
Stadiul 1 ganglio-med-iastinală		— adenopatie mediastinohilară simetrică — infiltrate	manifestări funcționale minime sau absente
Stadiul 2 — infiltrativă cu sau fără adenopatie		— opacități difuze nesimetrice în special în 1/3 medie — miliare — macronoduli — reticulonoduli — infiltrate	1/2 din cazuri fără semne funcționale, în rest tulburări de difuziune
Stadiul 3 — fibroză pulmonară		— hiluri ascensionate — hiperclarități — dispnee de efort	bloc alveolocapilar cu simptomatologie de rigiditate pulmonară
Bronșică		— granuloame sarcoidiene pe mucoasa bronșică	
Pleurală		— pleurezie	
Cutanată	medie	tipică — noduli mici — noduli mari — leziuni difuze infiltrative (*lupus pernio* Besnier Tennesson) atipică — infiltrat tuberculoid (lichenoid anular, eritrodermic) nespecifică — eritem nodos	

Scanned with OKEN Scanner

Continuare (tabelul 1)

Localizare	Frecvență	Simptomatologie clinică — radiologică	Date de laborator
1	2	3	4
Ganglionară periferică	30% din cazuri	— adenopatii de talie medie; ganglioni mobili, neaderenți; cel mai frecvent sînt prinși ganglionii supraclaviculari	
Splenică	10—15% din cazuri	— splina moderat mărită, fără simptomatologie; — rar splenomegalie cu manifestări hematologice	anemie
Hepatică	foarte frecventă	— — descoperire prin biopsie hepatică; — fără modificări clinice sau biologice; — uneori hepatomegalie (în 50% din cazuri)	— — B.S.P. alterat — cresc fosfatazele alcaline
Neurologică s.n. periferic	foarte frecventă	— afectează nervii cranieni (paralizia VII în cadrul sindromului Heerfordt asociat cu uveită și parotidită); — nervul optic rar; — mono- sau polinevrite	—
Sistemul nervos central	rară	— meningită subacută sau cronică cu evoluție în puseuri, cu crize de epilepsie și/sau sindrom piramidal; — sindrom diencefalohipofizar	— modificări ale L.C.R.

Scanned with OKEN Scanner

Continuare (tabelul 1)

Localizare	Frecvență	Simptomatologie clinică — radiologică	Date de laborator
1	2	3	4
Vasculară	frecventă	— asimptomatică rar polimiozită cronică sau miopatie tardivă cu noduli palpabili intramuscular	biopsic leziuni specifice
Ocular — uveita	foarte frecventă	— iridociclita subacută sau cronică asimptomatică sau congestie corneană; — neregularitatea bordului pupilar și a desenului irisului, precipitate în camera anterioară; noduli pe iris	
Afectarea glandelor lacrimale		— uveita posterioară dă tulburări de vedere — hipertrofie uneori cu tarisarea secreției lacrimale	
Endocrin Hipotalamo-hipofizară	rar	— diabet insipid agravat de cortizon;	
tiroidiană	rar	— noduli fără modificări funcționale	
Genitourinară Uter	rar	—	noduli descoperiți la examen histologic în endometru
Testicul		noduli testiculari, uneori prostatici	

Scanned with OKEN Scanner

Continuare (tabelul I)

Localizare	Frecvență	Simptomatologie clinică — radiologică	Date de laborator
1	2	3	4
Cardiacă	20% din cazuri	— rar accidente Adams-Stokes cu moarte subită; — tulburări de ritm; — excepțional pericardită	ECG — bloc de ramură dreaptă, tulburări de ritm
Renală	rar	— litiază; — uneori nefropatie interstițială cronică prin nefrocalcinoză; — nefrită cronică cu sau fără hipertensiune arterială sau pielonefrită	— hipercalcemie — litiază oxalică
Gastrointestinală	excepțională	fără simptomatologie proprie (aspect de gastrită)	
Osoasă	5—6% din cazuri	uneori umflături ale degetelor cu modificări ale tegumentelor ca în *lupus pernio;* rareori dureri	radiologic — geode la nivelul oaselor mici ale extremităților
Articulară	foarte frecventă	dureri articulare, uneori asociate cu eritem nodos, sînt simetrice, afectînd articulațiile mari — artrite acute — artrite subacute	— granuloame sarcoidiene în sinoviale
Glande salivare	rar	în cadrul sindromului Heerfordt, parotidită cu uveită și paralizie facială	

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL II

Examene complementare

Examenul	Modificări patologice	Frecvenţă la %
— Formula sanguină şi VSH	nu	—
— Electroforeza proteinelor din sîngele periferic	hipergammaglobulinemie	40%
— Dozajul calcemiei şi calciuriei	hipocalcemie hipercalciurie	8%
— Testul tuberculinic	anergie tuberculinică, chiar negativare	80%
— Scintigrafia cu galiu	fixare selectivă pe ţesutul sarcoidian	
— Histologic (puncţii-biopsii, biopsii Daniels, ganglioni periferici, test Kveim etc.)	granulom epitelioid necazeificat; celule Langhans cu corpi Schaumann	
— R. Kveim	după 6 săptămîni de la injectarea antigenului apare o papulă indurată, care se biopsiază şi care conţine ţesut sarcoid	80% din formele active netratate 55% în forme inactive sau tratate cu corticoizi

1. *Natura localizării*, care comportă un prognostic sever (ocular, renal, cardiac, sistemul nervos central) şi care reclamă un tratament de urgenţă.
2. *Tendinţa rezolutivă spontană*, în care caz tratamentul se temporizează, sau din contra tendinţa evolutivă, la care se asociază tulburări funcţionale, care face necesară administrarea corticoterapiei.

Doza şi durata tratamentului este o chestiune încă în dezbatere, dar în prezent se admite începerea tratamentului cu doze echivalente de prednison între 30 şi 40 mg/zi, care după aproximativ 3 luni se scade în aşa

Scanned with OKEN Scanner

TABELUL III

Diagnostic diferențial

Boala	Asemănări	Deosebiri
Hodgkin	IDR la tuberculină negativă; localizare ganglio-pulmonară	— aspect histologic diferit — evoluție mai frecvent gravă fără tratament — modificări hematologice — simptomatologie clinică mai bogată
Tuberculoza (miliara rece, adenopatia tuberculoasă, infiltrativă, fibrocazeoasă)	aspect radiologic și chiar histologic	— IDR la tuberculină pozitivă — BK prezent — simptomatologie clinică mai bogată — evoluează către necroza de cazeificare — evoluție favorabilă sub tratament tuberculostatic
Granulomatoze pulmonare cu granuloame epitelioide necazeoase (beriliză, alveolită alergică extrinsecă)	aspect radiologic și histologic	— condiții epidemiologice specifice — simptomatologie bogată — prezența de berilium în urină — IDR la berilium pozitivă — prezența de precipitine în ser în cazul alveolitelor alergice
Pneumoconioze	imagine radiologică asemănătoare	— histologic leziuni caracteristice; — condiții epidemiologice specifice

Scanned with OKEN Scanner

fel încît să se ajungă la sfîrșitul primului an la o doză de 5—7,5 mg prednison/24 ore.
Durata totală a tratamentului: 18 — 24 luni sau 9 — 12 luni.
Administrarea chimioterapiei antituberculoase pare inutilă și nejustificată.

Indicațiile corticoterapiei:

Localizări:	— oculare, renale și cardiace	obligatorie dacă nu schițează diminuare în volum a adenopatiei după 6 luni de evoluție
	— stadiul 1 gangliopulmonară	obligatorie
	— stadiul 2 gangliopulmonară	facultativă
	— stadiul 3 gangliopulmonară	

Dr. P. STOICESCU

Scanned with OKEN Scanner

Actualităţi în bolile aparatului cardiovascular*

Sindromul nodului sinuzal bolnav [Sick Sinus Syndrome]

Este un sindrom descris de Bouvrain, Slama şi colab., Adelman şi Wigle, care se manifestă prin coexistenţa spontană, simultană sau la intervale foarte apropiate de perioade de hiperexcitabilitate supraventriculară (tahicardie sinuzală, tahicardie paroxistică atrială, fibrilaţie, flutter atrial) şi perioade de hipoexcitabilitate atrială prin inhibiţie sinuzală sau tulburări de conducere atrială (bradiaritmie sinuzală, bloc sinoatrial) — Cunescu, Bunghez —.

Sindromul reprezintă o disfuncţie a nodului sinuzal Keith-Flack, căruia actualmente i s-a precizat: localizarea, dimensiunea (10 × 4 mm), irigaţia (o ramură

* Bibliografia la autor

Scanned with OKEN Scanner

din artera coronară dreaptă în 55% din cazuri, o ramură din circumflexa stîngă în 45% din cazuri), populația celulară tripartită (celule P cu rol de *pacemaker*, celule de tranziție, celule miocardice de lucru) — Ferrer Irené. La baza acestui sindrom se găsește: un stop sinuzal (sau insuficiența de generare a influxului) și/sau blocul de ieșire sinoatrial.

Leziunile anatomice întîlnite sînt: ischemice, sclerotice, reumatice și inflamatorii; sindromul poate să apară în: infarctul miocardic (5% din cazuri, în special cel cu localizare inferioară — interesarea coronarei drepte — sau antero-laterală — interesarea arterei circumflexe stîngi —), pericardită, cardiomiopatii, ataxia Friedrich, distrofia musculară progresivă, colagenoze, leziuni chirurgicale, metastaze, amiloidoză, hemocromatoză, leziuni fibroase localizate de cauză necunoscută.

În cadrul sindromului se pot include:

1. Bradicardia sinuzală persistentă, severă, neașteptată.
2. Stopul sinoatrial de scurtă durată, în timpul căruia nu apare alt ritm, sau ritmul sinuzal e înlocuit cu un ritm atrial sau joncțional.
3. Lungi perioade de oprire a ritmului sinuzal fără intervenția unui nou *pacemaker* și cu apariția unei opriri cardiace totale (cu aritmii ventriculare consecutive).
4. Fibrilația atrială cronică sau episoade repetate de fibrilație atrială tranzitorie cu o alură ventriculară, de regulă, rară. De notat că pacienții nu au luat digitală. Alura ventriculară rară se explică printr-un bloc atrio-ventricular de acompaniament, bolnavul avînd o boală binodală.
5. Incapacitatea inimii de a-și relua ritmul sinuzal după electroconversia pentru fibrilația atrială (de regulă un ritm rar).
6. Episoade de bloc sinoatrial de ieșire, care nu pot fi legate de terapia prin droguri.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomatologie

Depinde de hipoperfuzia organelor vitale:
— creier (ameţeli, lipotimii, sincope, disartrie, tulburări psihice — iritabilitate, insomnii, tulburări de memorie);
— inimă (palpitaţii, puls neregulat, extrasistole, edem pulmonar acut);
— rinichi (oligurie).
Electrocardiografia arată:
— unde P, care îşi schimbă: forma, direcţia, orientarea vectorială;
— bradicardie, extrasistole atriale blocate, bloc sino-atrial, bradiaritmie sinuzală.

Elemente de diagnostic

— Prezenţa unei bradicardii sinuzale (55 — 60/min.) cu o creştere mică a alurii ventriculare în caz de: febră, efort mic, durere severă sau insuficienţă cardiacă.
— Monitorizarea, care trebuie făcută şi ziua şi noaptea (adesea bradicardia sinuzală apare în timpul somnului).
— Apariţia unei bradicardii, de scurtă durată, după o tahicardie (sindromul bradicardie-tahicardie).
— Teste de provocare: *atropina* (1 — 2 mg i.v.). Sindromul se bănuieşte dacă alura ventriculară nu depăşeşte 90/min. şi timpul de recuperare a nodului sinuzal rămîne prelungit; *izoproterenolul* (1 — 2 mg/min. i.v.). Afecţiunea poate fi suspectată dacă ritmul cardiac nu depăşeşte 90 — 100/min.; *pacing*-ul atrial: existenţa unor perioade asistolice mai mari de 2 secunde după încetarea subită a unui *pacing* atrial cu alura de 100 — 160 bătăi/minut.

Evoluţia

Boala evoluează cu perioade de disfuncţie nodală alternînd cu funcţie nodală normală, timp de 5 — 10 ani cel puţin.

Scanned with OKEN Scanner

Sindromul poate fi întîlnit la copii care prezintă sindromul descris de Jerral și Lange Nielsen (în 1957) și care se manifestă prin: surditate, prelungirea QT și perioade de pierdere a cunoștinței. Tulburările de ritm înregistrate au fost: extrasistole, tulburări supraventriculare, flutter ventricular, fibrilație ventriculară. Mulți din acești copii mor.

Tratament

— Formele benigne: doze mici sau moderate de chinidină, ajmalină sau digitală.
— Formele cu tahicardie atrială: Inderal (40—120 mg/zi) cu sau fără digitală — 0,3 — 0,7 g pe săptămînă.
— Formele sincopale: inserția unui *pacemaker* demand ventricular.
— Atropina și izoproterenolul pot fi utilizate la pacienții testați.
— Efedrina se poate administra pe cale orală, dacă se refuză implantarea unui *pacemaker*.
— Xilina deprimă sau abolește centrii ectopici; nodul sinuzal nu este sensibil la dozele uzuale, de obicei.

● Paralizia atrială persistentă

Este descrisă prima dată de Cushny experimental. Au fost comunicate 42 de cazuri pînă în 1967. S. Cotoi și T. Pop au publicat în 1973 trei cazuri studiate cu ajutorul electrocardiogramei endocavitare.
Diagnosticul bolii se bazează pe criteriile fixate de Wolff și White (1929):
— lipsa undelor P în toate derivațiile;
— lipsa undelor „a" pe jugulogramă;
— ritm regulat cu complexe QRS de obicei de tip supraventricular.

Scanned with OKEN Scanner

La aceste criterii Bloomfield și Sinclair-Smith au mai adăugat:
— lipsa undelor P pe traseul endocavitar atrial;
— lipsa undelor „a" pe curba de presiune intraatrială;
— imobilitatea atriului la examenul radiologic și cineangiografic.
Diagnosticul diferențial vine în considerație cînd:
— Există unde P slab exprimate în derivațiile standard; se suprapun pe complexul QRS sau pe unda T; cînd există o fibrilație atrială cu unde mici asociată cu bloc a—v total.
În aceste cazuri traseul endocavitar arată: prezența undelor mari atriale (care se deosebesc de undele T mici); potențialul de acțiune monofazic al atriului drept prin fenomenul de supraamplificare pune în evidență activitatea atrială (fenomen care nu se înregistrează în paralizia atrială).
— Există un ritm nodal mediu. Se retrage sonda în atriu cu cîțiva centimetri. Aspectul ventriculogramei nu se modifică dacă există o paralizie atrială.
Forme clinice de paralizie atrială:
— temporară;
— terminală;
— persistentă (foarte rară).
Explicația *fiziopatologică* a afecțiunii:
— atriul nu mai funcționează deoarece descărcarea nodului sinuzal și a celui atrioventricular este suprimată;
— miocardul atrial nu mai răspunde la stimuli.

Tratament

— Medicamente anticolinergice.
— β-stimulatori adrenergici.

Scanned with OKEN Scanner

Tahicardia paroxistică bidirecţională

Este o tulburare de ritm relativ rară (pînă în 1971 s-au publicat 60 de cazuri).
Este definită ca o tahicardie ventriculară, la care complexele alternează ritmic ca direcţie (Zimdahl şi Townsend, 1954), sau ca o tahicardie supraventriculară cu o conducere aberantă fixă în ramura dreaptă şi conducere aberantă alternantă în cele două ramificaţii ale ramurii stîngi (Rosenbaum şi colab., 1969).
Scherf şi Kisch au descris următoarele 3 tipuri:
— tipul I: QRS alternează ritmic ca direcţie, pauzele diastolice sînt egale, iar ritmul este perfect regulat;
— tipul II: QRS alternează ritmic ca direcţie, pauzele diastolice sînt de durată variabilă, ritmul nu e complet regulat;
— tipul III: direcţia complexelor şi durata pauzelor sînt neregulate.
Afecţiunea apare pe inimi foarte bolnave, de obicei la oameni în vîrstă, digitalizaţi. Apariţia afecţiunii este bruscă, durata e variabilă (secunde, ore, zile), iar accesul este precedat, însoţit sau urmat de tulburări de ritm variate.
Manevrele vagale pot: să oprească accesele, să facă să dispară unul din centrii ectopici (dacă este nodal), să rărească frecvenţa ambelor focare sau să fie ineficace.
În afara intoxicaţiei digitalice tahicardia paroxistică bidirecţională mai poate să apară în: administrarea intempestivă de calciu, intoxicaţia nicotinică, insuficienţa renală cronică, intubaţia traheală (în anestezie).

Scanned with OKEN Scanner

Trăsături electrocardiografice:

— În conducerile standard: o bătaie are ÂQRS la —80°, cu aspectul qRs în D_I și rS în D_{II} și D_{III}; bătaia care alternează cu prima are ÂQRS la +120°, cu aspectul rS în D_I și qR în D_{II} și D_{III}. Prima bătaie are configurația și direcția ÂQRS evocînd un hemibloc stîng anterior, iar a doua a unui hemibloc stîng posterior, ambele fiind asociate cu un bloc de ramură dreaptă.

— În conducerile precordiale: toate bătăile au aspect de bloc de ramură dreaptă; în V_1 există aspectul qR sau rsR (corespunzînd bătăilor cu hemibloc stîng anterior) alternînd cu complexe de tip R (corespunzînd bătăilor cu hemibloc stîng posterior); o morfologie similară există în V_2 și V_3; aspectul este de tranziție în V_4; în V_5 și V_6 alternanța complexelor este netă.

Patogenia afecțiunii. Există mai multe teorii:

1. Dublă tahicardie ventriculară cu 2 focare în același ventricul sau în ventriculi diferiți.
2. Un singur focar ventricular, parietal sau septal sub bifurcația fasciculului His, care stimulează ventriculul heterolateral în mod alternant, pe căi diferite.
3. Un singur focar deasupra bifurcației fasciculului His cu conduceri alternante și aberante prin ramura stîngă și dreaptă sau numai prin una din ramuri.
4. Două focare, unul nodal (sau atrial) cu conduceri aberante și unul ventricular.

Rosenbaum și colab. consideră că e vorba de un bloc trifascicular (un bloc de ramură dreaptă permanent asociat cu un hemibloc stîng anterior alternînd cu un hemibloc stîng posterior).

Kastor consideră că *pacemaker*-ul accelerator ar fi joncțiunea atrioventriculară, iar explicația dată de Rosenbaum nu poate fi aplicată la toate cazurile. El a demonstrat de asemenea, prin înregistrarea potențialului electric al

Scanned with OKEN Scanner

fasciculului His, că centrul accelerator poate fi și la nivelul ventriculilor.
Prognosticul este de obicei grav.
Tratamentul, în cazul intoxicației digitalice, constă în administrarea de xilină (lidocainină) sau procainamidă concomitent cu clorură de potasiu.

Tahicardia joncțională neparoxistică

Este vorba de o frecvență a inimii, de obicei regulată, cuprinsă între 70 — 130 bătăi/minut, cu disociație atrio-ventriculară completă sau incompletă (cu capturi), cu complexe QRS de tip supraventricular.
Afecțiunea a fost descrisă pentru prima dată de Pick și Dominguez în 1957.
Centrul joncțional, care joacă rolul de *pacemaker*, în asemenea împrejurări, are trei porțiuni distincte: 1) capătul distal al căilor de conducere atrionodale din preajma sinusului coronar; 2) nodul atrioventricular propriu-zis; 3) capătul proximal al fasciculului His.
Conducerea inimii de către acest centru joncțional se face:
— în mod pasiv (prin scăderea automatismului nodului sinuzal);
— în mod activ.
Etiologia tahicardiei joncționale neparoxistice (TJN):
1. *Intoxicația cu digitală;* TJN este mult mai frecventă decît tahicardia atrială cu bloc.
— Poate da o mortalitate de 28%.
— În timpul unei fibrilații atriale tratată cu digitală poate apărea o alură ventriculară regulată, de 70—130 bătăi pe minut.

Scanned with OKEN Scanner

2. *Infarctul miocardic acut*
— TJN este mult mai frecventă în localizarea inferioară decît în cea anterioară (care are un prognostic foarte sever).
Se ştie că nodul atrioventricular este irigat de o ramură a coronarei drepte (care e ocluzionată predominant în infarctul inferior).
3. *Miocardita* din reumatismul articular acut
— TJN se întîlneşte în primele zile de la debutul reumatismului acut.
4. *Intervenţiile chirurgicale*, de obicei cu cord deschis (ex.: sutura defectului de sept atrial sau ventricular).
Electrocardiografic se semnalează în asemenea cazuri o disociaţie atrioventriculară incompletă, cu capturi ventriculare.
5. *Alte circumstanţe etiologice*
— Cateterismul cardiac.
— Cardioversia electrică practicată în anumite aritmii.
— Dezechilibrul electrolitic din insuficienţa renală.
Ieşirea din tahicardia joncţională neparoxistică depinde de viteza relativă cu care se realizează dispariţia blocului atrioventricular şi deprimarea focarul uiectopic joncţional accelerat.
Există mai multe posibilităţi:
1. Dacă deblocarea se realizează repede şi *pacemaker*-ul accelerat se descarcă mai rar, în mod gradat, răspunsul ventricular va deveni neregulat.
2. Dacă frecvenţa *pacemaker*-ului diminuă şi blocul a-v se menţine, regularizarea se va menţine, în timp ce alura ventriculară scade.
În intoxicaţia cu digitală din cordul pulmonar apare mai frecvent tahicardia paroxistică atrială decît tahicardia joncţională neparoxistică.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnostic diferențial

1. Tahicardia paroxistică supraventriculară (atrială sau nodală) — TPS.
— Se întîlnește relativ frecvent la tineri cu inimi aparente normale.
— Începe și se sfîrșește brusc spre deosebire de TJN care apare și dispare mai gradat.
— TPS apare cu o serie de ecouri atriale, de obicei induse de o extrasistolă atrială. Nodul atrioventricular este o parte integrală a căii care perpetuează această aritmie de reintrare. (Trebuie spus însă că sînt și cazuri — mai puține — în care tahicardiile atriale sînt de origine ectopică și nu sînt perpetuate prin reintrarea a-v nodală).
— Uneori pentru diagnosticul diferențial este nevoie de dozarea sanguină a digoxinei sau digitoxinei sau de realizarea unei electrocardiograme intraatriale.
2. Ritmul ventricular rapid neregulat cu configurație supraventriculară.
— Se poate întîlni în intoxicația digitalică.
— În aceste cazuri este vorba de o conducere a ventriculilor printr-un *pacemaker* joncțional accelerat cu bloc intermitent sub acest nivel. Este vorba de un bloc de ieșire (el implică un obstacol parțial sau complet la impulsurile care părăsesc regiunea *pacemaker*-ului).
3. Tahicardia joncțională neparoxistică cu bloc de ieșire.
— Se identifică prin prezența de perioade Wenckebach cu scurtarea caracteristică a intervalelor R-R separate de pauze.
— Blocul Wenckebach în aceste cazuri apare sub *pacemaker*, antrenorul cardiac fiind localizat în nodul a-v.

Tratament

— Se utilizează asociația glucoză-insulină-magneziu.
— Cardioversia e contraindicată în tahicardia joncțională neparoxistică indusă de digitală.

Scanned with OKEN Scanner

Sindromul Wolf-Parkinson-White (S. W. P. W.)

S.W.P.W. se poate manifesta cu sau fără crize de tahicardie paroxistică, iar unii autori (Narula) consideră că numai în primul caz se poate vorbi de sindrom W.P.W. Incidență: 0,1 — 6‰ din populația neselecționată; paroxismele tahicardice se întîlnesc la 40 — 80% din cazuri.

Azi nu se mai vorbește de S.W.P.W. ca despre un sindrom electrocardiografic benign, deoarece există și cazuri grave:

— bolnavi cu crize de tahicardie paroxistică dezagreabile și prelungite, rezistente la tratament, care pot conduce la insuficiență cardiacă;

— cazuri care ajung la moarte subită, prin fibrilație ventriculară.

Caracteristici electrocardiografice

— Forma clasică (descrisă în 1930)

1. Scurtarea intervalului PR ($\leqslant$ 0,12 sec.).
2. Prezența undei delta. (În funcție de direcția vectorului undei delta, unda Q a complexului QRS poate fi dispărută sau accentuată; în ultimul caz ea poate mima infarctul miocardic.)
3. Complexul QRS lărgit ($\geqslant$ 0,10 — 0,12 sec.).

Poate să simuleze: un bloc de ramură stîngă; hipertrofie ventriculară dreaptă; infarctul miocardic posterior (sindromul W.P.W. tip B).

De reținut: uneori sindromul W.P.W. se poate asocia cu un bloc de ramură.

Scanned with OKEN Scanner

— Tipurile electrocardiografice ale S.W.P.W.:
1. Descrise de Rosenbaum (1945) şi Rozenblitt (1957):
= *tipul A:* unda delta şi restul complexului QRS pozitive în V_1—V_2; axa QRS normală sau deviată la dreapta;
= *tipul B:* unda delta şi complexul QRS negative în V_1—V_2; axa QRS deviată la stînga;
= *tipul AB:* unda delta negativă în V_1—V_2; axa QRS deviată la dreapta;
= *tipul BA:* unda delta pozitivă în V_1—V_2; axa QRS deviată la stînga.
2. Alte manifestări electrice „atipice":
= intervalul P—Q poate fi normal ca durată;
= unda delta poate lipsi;
= complexul QRS poate fi normal.

Substrat anatomic

Unii autori consideră ca un postulat existenţa unor căi suplimentare între atriu şi ventricul, pe lîngă sistemul de conducere a—v normal, deşi studiile anatomice nu au pus în evidenţă în toate cazurile căile accesorii.
Se consideră (Lev) că fasciculul suplimentar nu ar fi indispensabil pentru producerea S.W.P.W.
Natura fasciculului suplimentar nu se cunoaşte precis: specifică (după unii), identică cu miocardul ordinar (după alţii).
Fasciculele accesorii:
— Fasciculul Kent: fibre atrioventriculare directe, în afara sistemului de conducere.
— Fasciculul James: fibre care scurtcircuitează nodul a—v.
— Fasciculul Mahaim: fibre între fasciculul His sau porţiunea proximală a ramurilor şi septul ventricular; ocazional ele pot fi prezente între nodul a—v şi septul ventricular.

Scanned with OKEN Scanner

Expresia electrocardiografică în funcție de substratul anatomic:

— Fasciculul Kent reproduce forma clasică a sindromului.
— Fasciculul James: PR scurtat și QRS normal (sindromul de preexcitație Lown-Ganong-Levine).
— Fasciculul Mahaim: PR normal, undă delta, complex QRS lărgit.

Electrocardiograma fasciculului His în S.W.P.W.

1. Poate atesta existența fasciculelor supranumerare.
— Fasciculul Kent: unda H urmează complexul ventricular găsindu-se inclusă în unda delta.
— Fasciculul James: înregistrarea potențialelor hisiene precedă unda delta, concomitent cu PR scurtat și complexul QRS normal.
— Fasciculul Mahaim: înregistrarea potențialelor hisiene precedă unda delta, concomitent cu un interval PR normal.
2. Poate contribui la elucidarea mecanismului de producere a paroxismelor tahicardice.
— Oferă argumente pentru mecanismul conducerii reciproce.
3. Atestă supoziția unor tulburări de conducere a—v și i—v asociate preexcitației ventriculare.

Normalizarea complexelor QRS la pacienții cu S.W.P.W.

— Cînd conducerea prin calea accesorie nu se mai poate face din cauza unor ritmuri atriale înalte.
— Cînd conducerea suplimentară este refractară din cauza unor ritmuri joase, sau după pauze postextrasistolice lungi.

Scanned with OKEN Scanner

— În cazul ritmurilor „joncţionale" sau a „bătăilor joncţionale".
— În sinomul Lown-Ganong-Levine.

Electrostimularea atrială în S.W.P.W.

— Spre deosebire de subiectul normal la care *pacing*-ul atrial provoacă o creştere a intervalului PR (prin întîrzierea în conducerea atrioventriculară în zona prehisiană, demonstrată prin ECG fasciculului His), la bolnavul cu S.W.P.W. (tipul clasic) intervalul PR rămîne constant, deoarece unda de excitaţie trece pe fasciculul aberant (unda delta devine mai vizibilă şi complexul QRS mai aberant).

Geneza sindromului W.P.W. (a complexului anormal)

Există mai multe ipoteze:
1. Complexul QRS al S.W.P.W. apare ca un complex de fuziune, ca urmare a conducerii atît prin căile normale cît şi prin cele accesorii.
2. Aspectul electrocardiografic este datorat unui *by-pass* complet al nodului a—v, intrării în funcţiune exclusiv a fasciculului accesoriu (Lau şi colab.).
3. Existenţa unui „sistem sincronizat de conducere sinoatrială" şi a unei disocieri longitudinale în interiorul fasciculului His (Scherf şi James).
Studiile de cartografie epicardică, de electrostimulare atrială şi de înregistrare a potenţialului electric hisian fac puţin probabile ultimele două ipoteze (Narula).

Tahicardiile supraventriculare în S.W.P.W.

— Mecanismul de producere a tahicardiei supraventriculare ar fi un mecanism de reintrare (demonstrat prin electrostimulare atrială).

Scanned with OKEN Scanner

— Unda de excitație ar avea traiectul: atriu → sistem nodohisian → ventricul → fascicul Kent (reintrare) → atriu. În aceste condiții se explică faptul că nu avem complexe QRS aberante. Dacă însă excitația pornește prin fasciculul Kent și se reîntoarce prin căile normale, morfologia complexelor QRS este deformată (ca cea din S.W.P.W.).

— Conducerea reciprocă este totdeauna prezentă (după Castillo și Castellanos) circuitele putînd fi astfel schematizate:

$= A \left\{ \begin{matrix} H \\ M \end{matrix} \right\} V - K - A$ Stimulul pleacă de la atriu (A) și trece prin fasciculul His (H) sau fibre Mahaim (M) și ajunge la ventricul (V), apoi la fasciculul Kent (K) și atriu;

$= V - K - A \left\{ \begin{matrix} H \\ M \end{matrix} \right\} V$ Stimulul pleacă din ventricul (V), trece prin fasciculul Kent (K), ajunge la atriu (A), trece prin fasciculul His, sau fibre Mahaim (M) și ajunge la ventricul (V).

Interesant de notat sînt și următoarele constatări:

— Modificările electrocardiografice din proba de efort sînt adesea fals-pozitive.

— S-au descris fenomene de insuficiență coronariană în sindromul W.P.W. (Bădărău și colab., Oprian O. etc.).

— S-a comunicat trecerea S.W.P.W. tip A în tipul B.

Tratamentul

1. *Cazurile de S. W. P. W.*, fără tahicardie, nu necesită tratament.

2. *Tratamentul crizelor tahicardice:*

— Aplicarea manevrelor de excitație vagală (compresiune oculară, manevra Valsalva etc.).

Scanned with OKEN Scanner

— Tratament medicamentos: prostigmina, digitala pot întrerupe tahicardia; chinidina, procainamida (creează un blocaj în calea anormală); propranololul (acționează și pe calea normală și pe cea anormală); Isoptin (e util prin acțiunea sa de antagonizare a ionului Calciu).
(Manevrele de excitație vagală și digitala vor fi interzise în flutter și fibrilație atrială; digitala scurtează perioada refractară a mușchiului atrial.)
— Cardioversia electrică poate fi utilizată fie cînd procedeele amintite anterior nu au dat rezultate, fie de la început.

3. *Prevenirea episoadelor tahicardice*

— Folosirea (izolată sau în combinație) a unor droguri: chinidina, procainamida, digitala, propranololul.
— Implantarea de *pacemaker demand;* indicații: pacienții tratați cu doze mari de propranolol pentru tahicardie supraventriculară și care pot prezenta bradicardie sinuzală; controlul extrasistolelor atriale sau ventriculare care termină tahicardia în cazurile cu S.W.P.W.

4. *Tratamentul chirurgical*

— Constă în tentativa de a secționa calea accesorie.
— Cele mai numeroase intervenții au fost în tipul B; foarte rare în tipul A (Dunaway, King, Spencer).
— Indicații și criterii: pacienții cu boli organice asociate (pulmonare sau cardiace) necesitînd toracotomie; pacienții cu episoade tahicardice dezagreabile, prelungite, frecvente, asociate cu fibrilație ventriculară, insuficiență cardiacă, sincopă, angină severă, rezistente la tratament; pacienții cu S.W.P.W. tip B.
— Uneori tratamentul chirurgical constă în secționarea fasciculului His sau a tuturor căilor de conducere rezultînd un bloc atrioventricular complet; în acest caz se implantează un *pacemaker-demand.*
— Cauzele eșecului tratamentului chirurgical: a) calea de preexcitație nu poate fi reperată cu precizie prin cartografie (*mapping* epicardic); b) există căi de conducere a—v multiple, greu accesibile actului chirurgical;

Scanned with OKEN Scanner

c) incizia nu a fost prea profundă; d) anomalia de pre-excitație nu a fost prezentă în timpul actului chirurgical.

Tratamentul tulburărilor de ritm paroxistice

I. Tahicardia sinuzală

1. *Tratament etiologic (pe cît posibil).*
— Abandonarea unor toxice: cafeaua, alcoolul, tutunul.
— Abandonarea unor medicamente simpaticomimetice.
— Evitarea emoțiilor, a traumelor psihice.
— Normalizarea orelor de muncă și de odihnă.
— Tratamentul unor afecțiuni, în cadrul cărora survine afecțiunea: anemia, hipertiroidismul, șocul, hemoragia etc.
2. *Tratament medicamentos*
— Tranchilizante: Diazepam (0,10—0,20 g/24 h); Napoton (2—4 comprimate pe zi); Meprobamat (1—3 comprimate/24 h).
Hidroxizina (Atarax) este un tranchilizant deosebit de activ în tulburările de ritm atriale și atrioventriculare (Stanciu și colab.). Este utilă în aritmiile prin supradozaj digitalic; răspunsul la digitală e ameliorat, după reluarea ei. Poate provoca ameliorări și în aritmiile ventriculare. Este utilă în tulburările de ritm la coronarieni. Doza: 100—150 mg/24 h.
— Sedative: Extraveral (1—3 comprimate); Bromoval 1—3 comprimate); Pasinal (2—3 linguriță).
— Hiposerpil (1/2—1 comprimat/24 h); Guanetidin (1/2—1 comprimat).

Scanned with OKEN Scanner

— Digitală (1/2—1 comprimat/24 h).
— Blocanți ai receptorilor β-adrenergici: Inderal (Propranolol) — 40—80 mg/24 h; Visken (5—15 mg/24 h); Eraldin (100—300 mg/24 h).

II. Tahicardia paroxistică supraventriculară

A. *În timpul accesului.*
Utilizarea manevrelor de stimulare vagală (manevra Valsalva, comprimarea globilor oculari etc.). Dacă aceste manevre nu dau rezultate se trece la:
1. *Terapia medicamentoasă*
— Sedative și tranchilizante (Bromoval, Extraveral, barbiturați injectabili, Mialgin, Hidroxizină).
— Digitalice: Digitalina 1‰ (30—50 picături); Acetildigitoxina (Acylanid, Nidacil) 0,2 mg i.v.; Digoxin 0,5 mg sau preparate din *Digitalis lanata* (Lanatosid C, Cedilanid, Izolanid) o fiolă de 0,4 mg; dacă după 30 min. accesul nu dispare, se încearcă manevrele vagale; în caz de insucces se poate repeta cîte o fiolă din oră în oră pînă la 1,6 mg/24 h.
— Strofantina (o fiolă care se poate repeta la 4—6—12 ore).
— Chinidină (0,2 g *per os*, la 2 ore).
— Procainamida: *per os* — 4 capsule și se continuă cu cîte 2 capsule la 2 ore; intramuscular —0,5—1 g, repetîndu-se la 2—3 ore; intravenos —200—300 mg, care se repetă la 2 ore.
— Vasopresoarele: acționează prin excitare vagală. Neosinefrina (1 ml diluat în 4 ml ser fiziologic i.v.; efectul apare în 10—20 secunde); dacă nu cedează după 3 minute se repetă o doză dublă.
— Parasimpatomimetice: acetilcolina (0,02 g pînă la 0,10 g intravenos). Clorura de edrofoniu — substanță anticolinesterazică — contraindicată la astmatici și digitalizați.

Scanned with OKEN Scanner

— Blocanții receptorilor β-adrenergici: Inderal; se utilizează i.v. 1 mg pe minut pînă la 10 mg; va fi întotdeauna precedat de injectarea i.v. a 1—2 mg atropină. Eraldin (se vor injecta 2 mg/min. pînă la un total de 20 mg).

2. *Electroconversia*

— Se utilizează în cazurile în care metodele de excitație vagală și terapia medicamentoasă nu au dat rezultate.
— Se folosesc 150—200 W/sec. cu rezultate bune în 90% din cazuri.

B. *Tratamentul de prevenire a recidivelor.*

— Chinidina 0,2 g la 6—8 ore.
— Inderal (Propranolol) 20—40 mg de 3 ori pe zi.
— Digitală (0,10 g pe zi).

C. *Tratamentul în cîteva situații speciale.*

1. *Tahicardia supraventriculară cu hipotensiune sau șoc.*

— Se utilizează electroșocul și vasopresoarele (Neosinefrina, Metaraminol — 20—100 mg în 10—120 minute, Norartrinal).

2. *Tahicardia supraventriculară din sindromul W.P.W.* (vezi S.W.P.W.).

3. *Tahicardia supraventriculară survenită pe fondul unei digitalizări.*

— Săruri de potasiu.
— Sarea sodică a EDTA (Tetracetamat).
— În cazuri de urgență: terapia potasică (Surawicz): 6 g KCl în sol. de NaCl diluată 4,25 g°/₀₀ , sau în sol. de glucoză 2,5%; sulfat de Mg 20%, 20 ml (perfuzat lent); Tromcardin, i.v. sau *per os*.

4. *Tahicardia paroxistică atrială cu bloc.*

— Se suprimă digitala.
— Săruri de potasiu.

Scanned with OKEN Scanner

— Preparate chinidinice, blocanți ai receptorilor β-adrenergici.
— Electroconversia.
— Tratamentul diuretic se suprimă, sau se administrează cu prudență.

III. Flutterul atrial

1. *Tratament medicamentos*
— Sedative și tranchilizante (Bromoval, Extraveral, Pasinal; Hidroxizine).
— Digitalice: Digitalină (20 de picături pe zi); Lanatozid (i.v. o fiolă, urmată de administrare *per os*). Reduce flutterul în ritm sinuzal trecînd prin fibrilație atrială.
— Chinidină. E utilă de obicei cînd, în urma digitalei, flutterul a trecut în fibrilație și vrem să ajungem la ritm sinuzal.
— Ajmalina (Cardioritmin) *per os* sau injectabilă (i.v. 50 mg).
— Blocantele receptorilor β-adrenergici: Inderal (1 mg/min. pînă la 3—5 mg i.v.) precedat de 1—2 mg atropină i.v. Nu se utilizează în caz de insuficiență cardiacă.
— Șocul electric. Se folosește cînd flutterul atrial apare în urma unui infarct miocardic sau a unei boli cardiace severe.

IV. Tahisistolia atrială (flutterul de origine înaltă)

1. *La cardiacii digitalizați*
— Se oprește digitala.
— Se administrează KCl 3—7,5 g/24 h; sau 3 g KCl în 500 ml glucoză 5%.

Scanned with OKEN Scanner

2. *La cardiacii nedigitalizați.*
— Digitala (care conduce la ritmul sinuzal trecînd prin fibrilația atrială).

V. Fibrilația atrială cu ritm rapid

— Digitalice. Preparate de *Digitalis lanata* administrate i.v. (Izolanid, Lanatosid 0,4 mg din 4 în 4 ore pînă la defibrilare). Digoxin (1—2 fiole, repetat la 6 ore). În fibrilația atrială din S.W.P.W. înainte de digitală se administrează chinidină sau Inderal sau ambele preparate combinat.
— Chinidina (0,20 g din 4 în 4 ore timp de 24 h.; dacă nu se obțin rezultate se poate crește doza — 0,3 g sau 0,4 g — și se poate reduce intervalul de administrare la 3 ore sau 2 ore). Supravegherea ECG este absolut necesară (durata QRS nu trebuie să crească cu mai mult de 25%).
Este bine ca terapia cu chinidină să fie precedată de un tratament anticoagulant deoarece se pot produce embolii de regularizare (2—5% din cazuri).
— Rythmodan (Dizopiramida): are proprietăți asemănătoare cu chinidina, dar toleranța digestivă e mai bună. Doza: 200—400 mg (2—4 capsule) pînă la 1 200—1 400 mg/24 h. Tratamentul de întreținere (400 mg) pentru a preveni fibrilația atrială paroxistică.
— Blocantele receptorilor β-adrenergici. Nu defibrilează de regulă. Digitala + Inderal pot fi utile (Zamfir—Turcu).
— Electroconversia. Poate fi utilizată numai dacă în prealabil s-a făcut un tratament anticoagulant și s-a suprimat digitala 5—7 zile.
Poate fi folosită în: fibrilația cu ritm rapid și insuficiența cardiacă rebelă la digitală, bolnavii cu embolii repetate; bolnavii la care afecțiunea survine pe o hipertiroidie,

Scanned with OKEN Scanner

care nu răspunde la tratament antitiroidian; cazurile de urgență.
— Electroșocul după unii (C. Iliescu) trebuie precedat și urmat de administrarea de chinidină.

VI. Tahicardia ventriculară

1. *Electroconversia*
— Se folosește azi de la început, fără a se mai aștepta efectul drogurilor, afecțiunea constituind o urgență.
— Nu este precedată de tratament anticoagulant.
— Energia folosită este de 200—300 W/sec.
— Rezultate bune (80—85%; 93,3% — Rogozea).
— Uneori după primul șoc poate să apară un flutter sau o fibrilație ventriculară, care sînt reduse de un al doilea șoc.
2. *Tratamentul medicamentos*
— Se folosește numai cînd nu putem face electroconversia.
— Lidocaina (Xilocaina, Xilina): 5—10 fiole 2% în 500 ml glucoză 5%. Se poate utiliza preventiv, pentru prevenirea iritabilității ventriculare în infarctul miocardic acut.
— Procainamida: 1—2 g în 250 ml glucoză 5% sub controlul T.A. și ECG.
Se oprește cînd: intervalul PR se alungește sau cînd apar convulsii sau lipotimii.
Se mai poate administra: i.v. 100—200 mg/min., pînă la 1 g; i.m. 0,5 g apoi 0,25 g sau 0,5 g la 4 ore; pe cale bucală: 0,5—1 g la 4—6 ore, pînă la doza de 2—5 g/24 h.
— Ajmalina (Cardioritmin): 50 mg/minut i.v. Este contraindicată în hipotensiunea arterială și insuficiența cardiacă.
— Tosilatul de bretiliu: 5—10 mg/kilocorp/minut, în perfuzie. Este util în cazurile rebele la tratament, în infarctul miocardic acut.

Scanned with OKEN Scanner

Acțiunea preventivă asupra fibrilației ventriculare e discutabilă. Atenție la hipotensiunea ortostatică.
— Difenilhidantoina se administrează: pe cale orală (200—400 mg în 4 prize), intravenos (25—50 mg/minut pînă la 1 000 mg).
Avantajul față de procainamidă ar fi că nu deprimă conducerea a—v (Scherlag, Helfant, Damato).
— Vasopresoarele: Neosinefrina, Norartrinal etc. se administrează în cazurile de tahicardie ventriculară cu T.A. < 100 mm Hg.
— Blocantele receptorilor β-adrenergici constituie un mijloc antiaritmic de rezervă.

Cardiomiopatiile

Definiție. Un grup de boli cronice sau subacute ale mușchiului cardiac, de cauză sau patogenie necunoscută sau obscură, caracterizate prin: cardiomegalie (în special stîngă), tulburări de ritm și/sau de conducere, alterări morfologice ale electrocardiogramei, evoluția progresivă spre insuficiența cardiacă. Mai pot fi definite ca „boli ale mușchiului inimii de cauză sau asociere necunoscută" (Oakley).
Cardiomiopatiile se pot clasifica în: primitive și secundare (cărora li se pune în evidență o cauză netă). Termenul de cardiomiopatie este rezervat, în practica medicală, formelor primitive și idiopatice.
Pentru afirmarea existenței unei cardiomiopatii primitive trebuie excluse cardiomiopatiile secundare (Cunescu):
A. *Postinfecțioase*
1. Virotice: Coxsackie, ECHO, gripa.
2. Parazitare: Tripanosoma.
3. Provocate de protozoare: toxoplasma.
4. Rickettsiene, micotice etc.

Scanned with OKEN Scanner

B. *Toxice*
1. Cardiomiopatia alcoolică.
2. Cardiomiopatia băutorilor de bere (care conține cobalt ca stabilizator al spumei) din Canada și Belgia.
3. Cardiomiopatia prin medicamente: imipramina, emetina.
C. *Boli neurologice*
1. Miopatii.
2. Boala Friedreich, miotonia atrofică.
D. *Metabolice*
1. Erori înnăscute de metabolism (gargoilism, boala Fabry etc.).
2. Hipovitaminoza B.
3. Edemul Buschke (disfuncție în metabolismul mucopolizaharidelor).
4. Boli prin deficit de magneziu și probabil Cd.
5. Exces de 5-hidroxitriptamină.
E. *Cauze rare*
Leziuni după iradiere toracică.
Pe lîngă acestea pentru afirmarea diagnosticului de cardiomiopatie primitivă mai trebuie eliminate (D. Drăghici):
— Leziunile miocardului de etiologie congenitală, valvulară, coronariană, hipertensivă și pulmonară.
— Hipertrofiile cardiace considerate ca familiale, puerperale sau din evoluția unei boli cunoscute (amiloidoză, hemocromatoză, sclerodermie, sarcoidoză etc.).
— Insuficiențe cardiace consecutive unor tulburări de ritm inițiale.
Criteriile fundamentale ale acestor boli sînt:
— Alterare miocardică importantă și globală, care conduce progresiv la insuficiență cardiacă stîngă sau biventriculară.
— Absența oricărei cauze aparente și a oricărui caracter specific afecțiunii.

Scanned with OKEN Scanner

Istoric. Un tablou asemănător cu al cardiomiopatiilor au descris:
— Laubry și Walser (1925) = miocardia.
— Wuhrman = miocardoza.
— Evans = miocardiopatia primară familială (se pare că fibroza miocardică e produsă de o îngustare a arterelor coronare de calibru mic, datorită unei degenerescențe a mediei de cauză genetică). La noi în țară Cristodorescu și colab. au descris două cazuri.
— Walsh și colab. au descris cardiomiopatia din ultimele luni de sarcină și din puerperiu. Ei i s-a mai dat denumirea și de cardiomiopatie *peripartum*.
— Hegglin a descris insuficiența energo-dinamică.

Clasificare

1. *Cardiomiopatii „congestive":* boli dobîndite, cu alterarea funcției sistolice, dilatarea cavităților inimii (hipertrofia este accesorie) și evoluție spre insuficiență cardiacă congestivă.
2. *Cardiomiopatii hipertrofice:* boli constituționale, cu alterarea funcției diastolice, cu hipertrofia miocardică a septului și/sau a peretelui liber al ventriculului stîng. Acest grup se poate divide în:
a) Hipertrofii asimetrice (interesînd în special miocardul septal); realizează forma obstructivă, cu obstacol în ejecția ventriculară.
b) Hipertrofiile simetrice (realizînd o îngroșare difuză a miocardului ventricular); realizează forma neobstructivă.
— Forma obstructivă mai este cunoscută și sub denumirea de stenoză subaortică hipertrofică idiopatică (nume dat de Braunwald).
— Unii autori mai vorbesc și de cardiomiopatiile restrictive (la baza cărora ar sta o îngroșare și o fibroză

Scanned with OKEN Scanner

endomiocardică, avînd un tablou clinic asemănător cu al pericarditei cronice constrictive).
Frecvență. Ar reprezenta 2—2,5% din totalul cardiopatiilor; ar avea o frecvență mai mare decît a cardiopatiilor congenitale la adult.

Anatomie patologică

Cardiomiopatia congestivă se caracterizează prin:
— Inima cu toate camerele dilatate și de obicei hipertrofică.
— Îngroșare endocardică nespecifică (posibilă).
— O parte din fibrele miocardice sînt înlocuite de țesut fibros fin.
— Examen ultramicroscopic: alterarea crestelor mitocondriale, umbre mitocondriale.
Cardiopatia hipertrofică:
— Hipertrofie miocardică simetrică sau asimetrică.
— În zonele afectate este pierdută dispoziția paralelă a fibrelor musculare și apar hipertrofii ale unor fibre.
— Nucleii sînt mari și au adesea o formă bizară, fiind înconjurați de un halou caracteristic.
— Țesut colagen sporit în jurul fibrelor miocardice.
— Glicogen marcat crescut în zona perinucleară.

Etiopatogenie

— Este incomplet precizată.
— Pentru formele hipertrofice obstructive s-a incriminat factorul genetic. Studiile făcute la rudele de gradul I ale bolnavilor cu hipertrofie septală asimetrică (detectată ecocardiografic, cu raportul sept-perete liber postero-bazal $> 1,3$) au permis să se afirme că boala este expresia unui defect genetic transmis ca o trăsătură dominantă autosomală cu înalt grad de penetranță.

Scanned with OKEN Scanner

— Ipoteza imunologică se bazează pe evidenţierea autoanticorpilor anti-inimă. Prin tehnica imunofluorescenţei indirecte, folosind muşchiul cardiac ca antigen, anticorpii anti-inimă au fost prezenţi la 82% din bolnavii cu stenoză subaortică hipertrofică idiopatică spre deosebire de 2% din grupul martor de sănătoşi (Kumer Das Sunil şi colab.).
— Ipoteza alergică e invocată şi ea alături de cea toxică (prin alcool) sau prin efectul epocii peripartale.

Diagnostic

Cardiomiopatia congestivă:
— Debut latent.
— Dispnee, palpitaţii de efort, suflu sistolic apexian, ritm de galop.
— Cardiomegalie, fără existenţa unei anume cauze (valvulară, coronariană, hipertensivă, pulmonară)
= Absenţa accidentelor coronariene acute.
= Absenţa undelor Q patologice pe electrocardiogramă.
= Absenţa modificărilor biochimice.
= Absenţa factorilor de risc pentru insuficienţa coronariană sau hipertensiune arterială.
— Hemodinamic: alterarea funcţiei contractile a ventriculului stîng (alungirea ICT, PEP; scurtarea ET; creşterea raportului PEP/ET); creşterea amplitudinii undei A, pe apexogramă; undă sistolică ogivală pe carotidogramă.
Cardiomiopatia hipertrofică obstructivă:
— Dispnee de efort, lipotimii, sincope, dureri anginoase.
— Suflu sistolic de ejecţie (valoare diagnostică minimă).
— Examen radiologic: ventricul stîng mare în contrast cu o aortă mică.
— Electrocardiograma: hipertrofie ventriculară stîngă; unde Q în D_I, avL şi precordiale stîngi (ca semn al hipertrofiei septale interventriculare); unii autori (Cunescu şi colab.) au găsit unde Q de aspect patologic

Scanned with OKEN Scanner

în forme neobstructive (corespunzînd unor plăci de fibroză care ocupau aproape toată grosimea peretelui ventricular); tulburări ale fazei de repolarizare ventriculare; tulburări de conducere (bloc de ramură incomplet sau complet și bloc gr. I, II); sindrom W.P.W. (O. Oprian).
— Tulburări hemodinamice: alungirea ejecției ventriculare; puls carotidian bifid, cu dublu vîrf sistolic.
S-au descris și cazuri cu fracțiunea de ejecție scăzută fără o cauză aparentă (Bolling și colab., O. Oprian).
— Cateterismul cardiac: gradient sistolic de presiune, medio-ventricular, la cateterismul cardiac stîng.
— Ventriculografia: cavitatea stîngă angulată (forma neobstructivă); apariția a două subcavități suprapuse în cavitatea ventriculară stîngă, prin hipertrofia asimetrică septală (forma obstructivă); regurgitarea mitrală (prin obstacolul în ejecția ventriculară și prin mișcarea valvei mitrale anterioare, care este trasă spre sept în timpul sistolei ventriculare).
— Echocardiografia: poate pune în evidență hipertrofia septală asimetrică.
Echocardiografia cu cristale multiple poate arăta o reducere a cavității ventriculare stîngi (aspect de banană) în forma hipertrofică neobstructivă sau prezența a două subcavități (în forma obstructivă).

Evoluție

— Pentru formele neobstructive evoluția spre moarte s-a făcut într-o perioadă medie de 36 luni (Cunescu, Hagi-Paraschiv Dosios).
— După Himbert evoluția bolii a fost de: 7 ani (de la primul semn anormal descoperit fortuit), 4 ani (de la primul simptom), 2 ani (de la prima decompensare).
— Pentru cardiomiopatia hipertrofică obstructivă mortalitatea a fost de 3,5% pe an, pentru 190 pacienți urmăriți (la 5,2 ani muriseră 18%) și tratați medicamentos (Pro-

Scanned with OKEN Scanner

pranolol) și chirurgical (ventriculomiotomie) (Shah și colab.).
— Moartea poate să survină prin: insuficiență cardiacă, tulburări de ritm, fibrilație ventriculară.

Tratament

Cardiomiopatia congestivă
— Se tratează ca orice insuficiență cardiacă (repaus, regim, digitală, diuretice).
— Tratamentul obișnuit al tulburărilor de ritm (care pot surveni și în această afecțiune).
— Pericardectomie, grefă cardiacă.
Cardiomiopatiile hipertrofice
— Repaus la pat (pînă la 3 luni — Burch și colab.).
— Anabolizante.
— Blocante β-adrenergice: Propranolol (200—300 mg/zi), Practolol (500—600 mg/zi). (Propranololul este superior Practololului.)
— Tratament chirurgical: secționarea hipertrofiei stenozante (miotomie); rezecția hipertrofiei stenozante (miomectomie).

Electrocardiograma fasciculului His

Electrocardiograma standard înregistrează numai activitatea electrică, a depolarizării și repolarizării atriale și ventriculare. Țesutul de conducere, *per se*, fie la nivelul atriului, nodului a—v, fasciculului His sau ramurilor nu are o reprezentare pe ECG.
Prin folosirea electrocardiogramei fasciculului His poate fi plasat un marker în intervalul PR care permite divi-

Scanned with OKEN Scanner

zarea conducerii atrioventriculare în două perioade:
1. timpul de conducere de la debutul depolarizării atriale, prin atriu, nodul a—v la fasciculul His;
2. depolarizarea fasciculului His prin ramurile fasciculului pînă la debutul depolarizării musculaturii ventriculare.
În felul acesta defectele de conducere atrioventriculare pot fi localizate: fie în zona deasupra fasciculului His (joncțiunea atrionodală, nodală sau joncțiunea nodohisiană), fie în zona de sub fasciculul His (fasciculul His distal, ramurile fasciculului His sau sistemul Purkinje).

Istoric

— Alanis și colab. au fost primii care au înregistrat depolarizarea fasciculului His folosind ca electrozi ace fine direct pe fascicul pe inima izolată de cîine.
— Giraud, Puech și Latour au fost primii care au înregistrat depolarizarea fasciculului His la om la un pacient cu defect de sept atrial (în 1960).
— Watson și colab. (1967) au făcut înregistrări similare la un pacient cu boală Ebstein.
— Scherlag și colab. (1969) au publicat o tehnică de cateterizare a inimii drepte care facilitează înscrierea electrocardiogramei fasciculului His. Această tehnică (uneori cu unele modificări) este azi folosită în mod curent.

Tehnică

— Se folosește un cateter cu doi sau mai mulți electrozi (Pop, Cotoi, Gavrilescu utilizează o sondă de polietilen cu 3 electrozi plasați la 2 cm interval unul de altul) care se introduce în vena cavă inferioară percutan (prin diverse tehnici). Sub control fluoroscopic cateterul este avansat în atriul drept și ventriculul drept, în vecinătatea imediată a valvulei tricuspide, lîngă sept.

Scanned with OKEN Scanner

Sonda-electrod e conectată la un electrocardiograf, la exterior înregistrîndu-se o electrocardiogramă endocavitară (viteza de rulare a hîrtiei ECG fiind de 100—200 mm/sec.).
Simultan cu electrocardiograma endocavitară se înregistrează și o electrocardiogramă de suprafață.
— Damato folosește un cateter cu 6 poli la 8 cm distanță unul de altul.
— Actualmente există și alte tehnici de cateterizare pentru înregistrarea electrocardiogramei fasciculului His: metoda Lau, Bobb și Damato (ca și metoda Narula și colab. sau Rosen și colab.) folosește ventriculul stîng drept cale de abord pentru înregistrarea electrocardiogramei fasciculului His.
Gallagher și colab. folosesc recent și calea endovenoasă la nivelul plicii cotului.

Electrocardiograma fasciculului His în condiții normale

— Pe electrocardiograma endocavitară se găsesc mai multe deflexiuni: A = deflexiunea atrială; H = deflexiunea fasciculului His; QRS = depolarizarea ventriculară. Accidentele de pe electrocardiograma endocavitară se compară cu componentele electrocardiogramei de suprafață.
Importante sînt două intervale: P—H (de la începutul undei P pînă la deflexiunea hisiană) și intervalul H—Q (de la deflexiunea hisiană pînă la unda Q de pe electrocardiograma de suprafață).
PH corespunde timpului de trecere a excitației prin atriu, nodul a—v și porțiunea proximală a fasciculului His. Durata sa normală este de 90—120 m/sec. (după unii 80—140 m/sec.).
HQ corespunde timpului de trecere a excitației în porțiunea terminală a fasciculului His și în sistemul de conducere intraventricular. Durata normală este de 30—50 m/sec.

Scanned with OKEN Scanner

— Există posibilitatea ca să fie identificată, în mod eronat, depolarizarea deflexiunii atriale ca deflexiune His. În aceste cazuri se recomandă *pacing*-ul atrial; prin *pacing* intervalul PH crește și se vede că deflexiunea His nu este o parte a undei P; dacă nu există această creștere unda considerată ca deflexiune His poate face parte din unda P.

Utilitatea electrocardiogramei fasciculului His

— Stabilirea sediului, a locului, în cadrul tulburărilor de conducere.

Blocul inimii	Proximal față de His	Distal față de His	Intrahisian
Blocul de gradul I	De obicei	Rar	—
Blocul de gr. II			
Wenckebach	De obicei	Rar	Foarte rar
Mobitz II	Foarte rar	De obicei	Foarte rar
Blocul complet			
— Congenital	De obicei	—	Foarte rar
— La adulți	Rar (15%)	De obicei	Ocazional
— În infarctul miocardic anterior	—	De obicei	—
— În infarctul miocardic diafragmatic	De obicei	—	—
— Traumatic (chirurgical)	—	De obicei	—
Flutter	De obicei	—	—
Fibrilație	De obicei	—	—
2:1 cu ritm atrial rar	—	—	—
— QRS normal	De obicei	Rar	Ocazional
— QRS prelungit	Frecvent	De obicei	Ocazional.

Scanned with OKEN Scanner

— Stabilirea efectelor drogurilor asupra conducerii.
= Vagoliticele (ex. atropina) — scurtează intervalul PH, dar nu au efect asupra intervalului H—Q.
= Simpaticomimeticele (ex. Izoproterenolul, Isuprel) — scurtează intervalul PH şi au efect redus asupra intervalului HQ.
= Vagotonicele (ex. digitala) — cresc intervalul PH, dar nu au efect asupra intervalului HQ.
= Lidocaina — fie scurtează puţin PH, fie nu-l influenţează (la cei mai mulţi pacienţi), poate provoca o uşoară prelungire (la 2 din 10 bolnavi). Intervalul HQ nu este modificat, dar poate induce o uşoară prelungire a intervalului HS (conducerea atrioventriculară) (la 4 din 10 pacienţi).
= Difenilhidantoina — fie scurtează, fie nu are efect asupra intervalului PH şi nu influenţează intervalul HQ.
= Propranololul — creşte intervalul PH, dar nu-l afectează pe cel HQ.
= Procainamida — creşte sau nu influenţează intervalul PH şi prelungeşte intervalul HQ (la toţi pacienţii).
— Măsurarea perioadei refractare a sistemului de conducere proximal şi distal faţă de locul de înregistrare a fasciculului His (Damato şi colab.).
— ECG fasciculului His permite să se determine originea extrasistolelor şi tahicardiilor.
Se poate diferenţia o extrasistolă supraventriculară cu aberaţie de o extrasistolă care îşi are originea în ventricul.
Dacă o bătaie sau o succesiune de bătăi (tahicardie) este precedată de o deflexiune His şi intervalul HQ este similar cu cel al bătăilor normale, focarul este fie în atriu, fie în zona perinodală, fie în zona proximală a fasciculului His.
Dacă deflexiunea His nu precede bătăile ectopice, originea ectopiei este distal de His în ventriculi.
— ECG fasciculului His permite elucidarea a diferite fenomene aritmice ca: o conducere supranormală,

Scanned with OKEN Scanner

blocul de intrare în sinus și nodul a—v, inițierea unei tahicardii supraventriculare.
— Facilitează diagnosticul diferențial între sindromul W.P.W. și infarctul miocardic sau blocul de ramură stîngă, cînd acest lucru nu e posibil prin ECG și VCG.
— Lămurește diagnosticul diferențial dintre o tahicardie ventriculară și o tahicardie nodală cu aberație (prin prezența sau absența deflexiunii His înaintea fiecărei bătăi).
— Dă indicii predictive asupra celor ce vor dezvolta un bloc complet a—v.
Riscul cel mai mare îl au cei cu bloc de ramură dreaptă și deviație axială stîngă, cei cu bloc de ramură dreaptă și deviație axială dreaptă și cei cu bloc de ramură stîngă.
Un risc mare pentru bloc complet atrioventricular au pacienții cu intervalul H—Q prelungit. Adesea e necesară în aceste cazuri implantarea profilactică a unui *pacemaker*.
— Poate da unele indicații de utilizarea *pacemaker-ilor*.
Pacienții cu bloc complet, în care blocul este proximal la deflexiunea H, și care nu au simptome pot să nu necesite un *pacemaker* cronic.
Pacienții cu infarct miocardic acut și bloc distal față de deflexiunea His necesită implantarea de *pacemaker*-i permanenți.

Blocurile fasciculare

Azi se știe că fasciculul His are: o ramură dreaptă (cu un prim segment subendocardic) și o ramură stîngă, ce se bifurcă foarte repede în două fascicule: antero-superior (care se îndreaptă către mușchiul papilar anterior) și postero-inferior (fascicul mai gros dirijat către mușchiul papilar posterior).

Scanned with OKEN Scanner

Din punct de vedere anatomofuncțional e vorba deci de un sistem trifascicular: ramura dreaptă (cu un prim segment subendocardic a cărei lezare dă blocul de ramură dreaptă, care se poate asocia cu lezarea fasciculului antero-superior — hemiblocul stîng anterior; un segment în grosimea septului — lezat prin factori vasculari; un segment subendocardic — care poate suferi în dilatarea ventriculului drept); fasciculul antero-superior (care are o singură vascularizație — arterele perforante din ramura descendentă anterioară a coronarei stîngi); fasciculul posterior (cu o dublă vascularizație, arterele descendente anterioară și posterioară).

Cele 3 fascicule principale pot fi lezate separat sau concomitent realizînd blocuri: monofasciculare, bifasciculare și trifasciculare. Blocul trifascicular este un bloc atrioventricular complet, care poate fi prevăzut ori de cîte ori e precedat de un bloc bifascicular. Lezarea fasciculului antero-superior sau postero-inferior dă naștere unui bloc monofascicular sau hemibloc (hemibloc stîng anterior sau hemibloc stîng posterior).

Există 8 posibilități de întrerupere a conducerii în sistemul trifascicular:

1. Întreruperea completă și permanentă a ramurii drepte și a fasciculului antero-superior și a celui postero-inferior (bloc trifascicular sau bloc a—v complet).
2. Întreruperea completă și permanentă a ramurii drepte și a fasciculului antero-superior și intermitentă a fasciculului postero-inferior.
3. Întreruperea completă și permanentă a ramurii drepte și a fasciculului postero-inferior și intermitentă a fasciculului antero-superior.
4. Întreruperea completă și permanentă a fasciculelor antero-superior și postero-inferior (blocul de ramură stîngă) și intermitentă a ramurii drepte.
5. Întreruperea completă și permanentă a ramurii drepte și intermitentă a fasciculelor antero-superior și postero-inferior.

Scanned with OKEN Scanner

6. Întreruperea completă și permanentă a fasciculului antero-superior și intermitentă a ramurii drepte și a fasciculului postero-inferior.
7. Întreruperea completă și permanentă a fasciculului postero-inferior și intermitentă a ramurii drepte și a fasciculului antero-superior.
8. Întreruperea intermitentă a conducerii în ramura dreaptă și în fasciculul antero-superior și postero-inferior.

Existența hemiblocurilor se poate susține prin:
1. Producerea experimentală la animale.
2. Confruntarea examenului anatomoclinic cu cel electrocardiografic.
3. Apariția hemiblocurilor „intermitente".
4. Existența hemiblocurilor „iatrogene" (care apar după intervenții chirurgicale pe inimă sau după examene coronarografice).

Expresia electrocardiografică a hemiblocurilor.

A. *Hemiblocul stîng anterior.*
— Hiperdeviație axială stîngă (> —30° < —90°).
— Rotație antiorară în plan frontal a buclei QRS.
— Unde r mici în conducerile II, III și avF.
— Undă q mică în D_I și avL.
— Valori pozitive ale indicelui White-Bock în derivațiile standard.

În afară de aceste caracteristici generale ale hemiblocului anterior stîng s-au descris 4 tipuri de hemibloc anterior stîng.

1. *Tipul I*
— Hiperdeviație axială stîngă.
— Undă Q mică în D_I și avL.
— Tipul Q_1S_3.
— În precordiale: unde S relativ adînci în V_5—V_6; undele Q lipsesc în precordialele stîngi, dar pot fi prezente în pozițiile înalte; unda R′ în V_2 și V_3 în pozițiile înalte.

Scanned with OKEN Scanner

2. *Tipul II*
— Apare pe o inimă orizontală şi rotată antiorar.
— S_1 mic sau moderat; Q_1 foarte mic sau absent.
— Undă R mică în D_{III} şi avF; unda R' în D_{III}.
— R_1, S_2 şi V_3 de voltaj mic.
— Complexe RS în V_6 şi absenţa undelor Q în spaţiile superioare.
3. *Tipul III*
— Apare pe o inimă verticalizată (emfizem pulmonar, factori constituţionali etc.).
— R_1 mic, Q_1 absent.
— Axa QRS $>$ —75° $<$ —80°.
— S_2 şi S_3 de voltaj scăzut; la fel R_2 şi R_3.
— Semne de hipertrofie atrială dreaptă.
— Unda S persistă în precordiale pînă la V_6, dar e mai puţin adîncă decît în celelalte tipuri de hemibloc stîng anterior.
4. *Tipul IV*
— Reprezintă varianta „hipervoltată" a tipului standard.
— S_2, S_3 foarte adînci.
— Q_1 este foarte mic sau absent din cauza blocului de ramură stîngă incomplet, adesea asociat.
— Se observă în hipertrofia ventriculară stîngă.
În statistica lui V. Bardan incidenţa acestor tipuri a fost: I (50,6%), IV (19%), II (15,6%), III (9,3%).
B. *Hemiblocul stîng posterior*
— Axa QRS deviată la dreapta ($>$ +90° $<$ +130°).
— Rotaţia orară a buclei QRS în plan frontal.
— Unde Q mici în conducerile D_{II}, D_{III} şi avF.
Se pare că criteriile electrocardiografice nu sînt infailibile pentru afirmarea diagnosticului, semne asemănătoare putîndu-se întîlni şi în alte circumstanţe de inimi verticalizate (hipertrofie ventriculară dreaptă, emfizem pulmonar etc.).
Este un tip de hemibloc mai rar întîlnit decît cel anterior, deoarece fasciculul postero-inferior e mai gros şi are o dublă vascularizaţie.

Scanned with OKEN Scanner

Expresia electrocardiografică a blocurilor bifasciculare.
A. *Asocierea hemibloculul stîng anterior* cu hemiblocul stîng posterior, realizează blocul de ramură stîngă.
Nu se poate ști dacă blocul de ramură stîngă este hisian sau bifascicular decît dacă electrocardiograma anterioară arată existența unui hemibloc stîng (anterior sau posterior).
B. *Asocierea blocului de ramură dreaptă* cu hemiblocul anterior stîng.
— Premerge în mai mult de 1/3 din cazuri blocul a—v complet.
— Evoluția acestei asociații către bloc complet se face în circa 10% din cazuri.
— Criterii electrocardiografice (după Pryer și Blount — 1966 — și Rosenbaum și colab. — 1967).
a) *Blocul de ramură dreaptă*
= Durata QRS $\geqslant$ 0,12 sec.
= Durata deflexiunii intrinsecoide $\geqslant$ 0,09 sec. în V_1.
= Complexe QRS în formă de M în precordialele drepte (R crestat, sau rR′, sau rSR′, sau rsr′).
b) *Hemiblocul stîng anterior*
= Hiperdeviație axială stîngă ($> -30° < -90°$).
= Undă Q mică în D_I și avL și r în D_{II} și D_{III}.
= Rotație antiorară în plan frontal a buclei QRS.
= Valori patologice ale indicelui White-Bock.
C. *Asocierea blocului de ramură dreaptă* cu blocul monofascicular stîng posterior.
Această asociere este mult mai rară ca cea de la B, dar mai redutabilă (2/3 din pacienți cu această asociere evoluează către bloc trifascicular — bloc a—v complet).
Substratul anatomic al blocurilor fasciculare.
Bolile cele mai frecvente, care se însoțesc de blocuri fasciculare: cardiopatia ischemică, bolile valvulare aortice, HTA, cardiopatiile congenitale, cardiomiopatiile, amiloidoza, bolile de colagen etc.

Scanned with OKEN Scanner

Procesul anatomic poate fi:
— un proces sclerodegenerativ de etiologie necunoscută, care afectează sistemul de conducere, în timp ce coronarele și miocardul comun sînt indemne (este ceea ce se cheamă „boala Lenègre");
— un proces sclerodegenerativ care interesează mai mult structurile adiacente sistemului de conducere intraventricular („boala Lev"); apare mai ales la valvularii aortici.
Coronarografiile nu sînt concludente pe numărul relativ redus de cazuri pe care s-au făcut. Este interesant că uneori coronarografiile sînt mai mult afectate în hemiblocuri decît în blocurile de ramură (Oprian).

Iminența de infarct

Se consideră a fi un sindrom care s-ar situa între angina pectorală comună (care apare de regulă la efort și la emoții) și infarctul miocardic.
Ar fi vorba de un grad de ischemie miocardică, în care fluxul coronarian este minim adecvat în repaus și care evoluează frecvent spre infarctul miocardic.
Studiile numeroase întreprinse se referă la potențialul evolutiv al afecțiunii (apreciat prin cercetări longitudinale) și la beneficiul tratamentului chirurgical (prin *by-pass* aortocoronarian prin grefă de venă safenă).
Din aceste studii amintim pe cel al lui Gazes și colab. care au urmărit un lot de 130 pacienți, fie pînă la decesul unora, fie timp de 10 ani (supraviețuitorii). Proporția supraviețuitorilor a fost: 82% (după 12 luni), 75% (după 24 luni), 69% (după 36 luni), 61% (după 60 luni) și 48% (după 120 luni). Infarctul miocardic s-a întîlnit la 21% din pacienți după primele 3 luni de la debut, fiind asociat cu o mortalitate de 41,4%.

Scanned with OKEN Scanner

Vom reda un studiu care apreciază eficienţa intervenţiei chirurgicale. Un număr de 80 pacienţi cu iminenţă de infarct au fost găsiţi a fi susceptibili de un *by-pass* aorto-coronarian. Din aceştia, 10 au făcut infarct miocardic înainte de operaţie; operaţi ulterior au prezentat o mortalitate de 30%, pe cînd cei operaţi în stadiul de iminenţă de infarct au avut o mortalitate de 10%. Candidaţii la intervenţie chirurgicală, trataţi medicamentos, au prezentat o mortalitate de 33%, iar la bolnavii care nu se pretau la intervenţie chirurgicală mortalitatea a fost de 25%.

Se apreciază că rata mortalităţii e direct proporţională cu numărul vaselor stenozate, apreciate coronarografic (mortalitate 3% cînd este un singur vas afectat şi 21% la cei cu 3 vase stenozate patologic).

Sub denumirea de „sindrom premonitor al infarctului miocardic acut" Dimitriu şi Karassi desemnează „totalitatea modificărilor clinice şi biologice care apar şi/sau evoluează cu agravarea progresivă într-un interval de maximum 2 luni şi minimum 3 zile pînă la exprimarea neechivocă a infarctului miocardic acut".

Printre manifestările clinice care compun acest sindrom se citează: durerea precordială, astenia, dispneea de efort, modificări ale tensiunii arteriale, palpitaţii, edeme etc. Se apreciază (Karassi) că aceste manifestări au valoare predictivă pentru evoluţia şi complicaţiile infarctului miocardic care va surveni. Aşa de pildă bolnavii cu infarct miocardic necomplicat au avut o medie de manifestări de 3,09/bolnav, pe cînd la cei cu complicaţii mari ea a fost de 9,65/bolnav, iar la cei cu ruptură de cord de 16/bolnav.

Durerea în iminenţa de infarct poate fi de la început de o intensitate şi durată mari sau ea poate să survină la un anginos la care este mai intensă ca de obicei, mai rezistentă la nitroglicerină şi de o durată mai mare. Astăzi acest sindrom îmbracă diferite denumiri (sindrom

Scanned with OKEN Scanner

intermediar; insuficiență coronariană; *status anginosus*; angină instabilă etc.).
Mihail Anton reține termenul de iminență de infarct aparținînd lui B. Theodorescu și face o analiză critică a celorlalți termeni folosiți:
— „Sindromul coronarian intermediar" (Graybal, 1951) și insuficiența coronariană acută (Master și colab.) se referă la existența unor dureri precordiale mai prelungite decît în angina pectorală comună, dar fără manifestări electrocardiografice de necroză sau tulburări bioumorale. În special ultimul termen e inacceptabil deoarece „orice suferință care se traduce clinic prin manifestări caracteristice ischemiei miocardice este expresia unei insuficiențe coronariene". Termenul de sindrom coronarian intermediar (acceptat provizoriu de O.M.S. în 1959, 1962 și înlocuit — în 1971 — cu cel de angină instabilă) este criticabil deoarece angina poate fi stabilizată, apariția acceselor survenind cînd solicitarea cardiacă depășește posibilitatea rețelei coronariene.
— „Preinfarction angina" este un termen născut din analiza retrospectivă a cazurilor de infarct miocardic.
— „Status anginosus" poate fi atît manifestare premonitorie de infarct miocardic cît și expresia unui angor intricat.
— „Prodroame ale infarctului miocardic" este o expresie inadecvată (după A. Mihail) deoarece înseamnă „simptome și semne premergătoare, prevestitoare ale unei boli, proprii stării intermediare între cea de sănătate aparentă și de boală".
— „Angina instabilă" se referă atît la manifestările clinice ale accesului anginos, dar și la modificările anatomice cu remanieri ce pot fi lent progresive, dar mai ales brutale, culminînd cu stenozarea sau trombozarea agresivă.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomatologia iminenței de infarct (expusă de B. Theodorescu încă din 1947) a fost sistematizată de P. Popescu în 4 tipuri:

1. *Tipul I* (58% din cazuri). Anginoși cunoscuți la care accesele devin mai frecvente, de intensitate crescută și de durată mai mare. Nitroglicerina e ineficientă și evoluează spre infarct miocardic (38,7% din cazuri).
2. *Tipul II* (14% din cazuri). Anginoși cu accese care au de la început o mare intensitate și durată. La 19,4% s-a semnalat evoluția spre infarct miocardic.
3. *Tipul III* (4% din cazuri). Vechi anginoși la care apare o extrasistolie (la efort, de regulă) rebelă la tratamentele antiaritmice obișnuite. Evoluția spre infarct miocardic s-a semnalat la 50% din cazuri.
4. *Tipul IV* (24,7% din cazuri). Vechi anginoși, la care după o lungă perioadă de liniște, se remarcă din nou crize de angor. Prezența infarctului miocardic s-a semnalat la 58,8% din pacienți.

Pe cele 214 cazuri studiate evoluția globală spre infarct miocardic a fost înregistrată la 41% din cazuri, cu o rată a mortalității de 16%.

Angina Prinzmetal

Este o variantă a anginei pectorale descrisă de Prinzmetal în 1959 și 1960 și caracterizată prin: 1) durere precordială care apare în repaus, adesea în timpul somnului, sau în cursul unei activități obișnuite; 2) traseu electrocardiografic caracterizat prin supradenivelarea segmentului ST într-o derivație standard cu subdenivelare reciprocă în derivația opusă.

Scanned with OKEN Scanner

Spontan sau după nitroglicerină atît durerea cît și modificarea electrocardiografică dispar.
Față de forma clasică, Prinzmetal și colab. au stabilit anumite diferențe clinice și electrocardiografice, pe care le redăm și noi în cele ce urmează:

Angina Prinzmetal	*Forma clasică*
Diferențe clinice	
— Efortul nu provoacă de obicei durerea	— Efortul provoacă de obicei durerea
— Emoția nu provoacă criza de angor	— Emoția provoacă durerea
— Durerea e mai severă și de mai lungă durată	— Durerea e mai puțin severă și de mai scurtă durată
— Crizele apar adesea ciclic avînd trăsături remarcabil de asemănătoare	— Durerea nu e ciclică
— Perioadele de creștere și de descreștere a durerii sînt de regulă egale	— Perioada de creștere a durerii e mai mare decît cea de descreștere
— Durerea apare adesea în același moment al zilei	— Durerea nu apare zilnic, decît dacă e legată de efort și emoție
— Aritmiile, de cele mai multe ori ventriculare, apar la circa 50% din cazurile severe	— Aritmiile nu sînt frecvente
— Sindromul apare numai cînd o singură arteră coronară mare este interesată	— Boala este expresia unei coronaropatii difuze
— Durerea cedează imediat după instalarea unui infarct miocardic.	— Durerea poate, de obicei, persista după instalarea infarctului miocardic.
Diferențe electrocardiografice	
— Segmentul ST supradenivelat tranzitoriu; subdenivelare ST reciprocă în conducerile standard	— Segmentul ST în general subdenivelat în timpul durerii; nu se remarcă supradenivelare reciprocă în conducerile standard
— Zonele miocardului, care dau supradenivelare ST în timpul crizelor, corespund cu distribuția unei artere coronare mari	— Zonele care produc subdenivelare ST sînt difuze și nu corespund cu distribuția unei singure artere coronare mari

Scanned with OKEN Scanner

Angina Prinzmetal	*Forma clasică*
— Zonele care dau naştere supradenivelării ST sînt zonele viitorului infarct miocardic	— Zonele viitorului infarct miocardic nu sînt previzibile
— Unda R poate deveni mai înaltă în timpul crizei severe	— Complexul QRS de obicei nu e modificat în criză
— Proba de efort nu produce durere, dar, în anumite împrejurări, poate determina o subdenivelare ST.	— Efortul poate produce durere şi subdenivelare ST caracteristică.

În timpul crizei de angor Prinzmetal se pot produce tulburări de ritm şi de conducere:
— tahicardie ventriculară;
— fibrilaţie ventriculară;
— tahicardie ventriculară + sincopă;
— perioade de bloc atrioventricular şi ritm joncţional;
— blocuri diverse (de la blocul de gradul I la blocul atrioventricular complet);
— extrasistole ventriculare.
Adeseori angina Prinzmetal evoluează cu stări sincopale, care trebuie diagnosticate, deoarece poate fi avută în vedere posibilitatea implantării unui *pacemaker*. Forma sincopală s-ar explica prin:
— apariţia unui bloc atrioventricular complet în timpul crizei dureroase;
— apariţia unui bloc sinoatrial (Dorra şi colab. au găsit coronare normale în această situaţie);
— apariţia unui hemibloc stîng anterior în timpul crizei;
— apariţia unui bloc de ramură stîngă persistent (P. Bebba a găsit de asemenea coronare normale la examenul coronarografic în această circumstanţă).
Evoluţia în angina Prinzmetal:
— Moarte subită (în 15% din cazuri).
— Moartea survine, în 50% din cazuri, în primele 3 luni de evoluţie a bolii şi s-ar produce prin:

Scanned with OKEN Scanner

= fibrilaţie ventriculară,
= infarct miocardic.
— Infarctul miocardic; se remarcă la 25% din cazuri, mortalitatea fiind de 20%.

După instalarea infarctului miocardic:
= durerea, în general, dispare, spre deosebire de forma clasică;
= dacă apar crize dureroase: există pericol de reinfarctare şi moarte; crizele se pot rări progresiv şi pot să dispară.
— Angina de tip Prinzmetal poate alterna cu angorul clasic.

Coronarografia în angina Prinzmetal

S-au remarcat ca accidente legate de practicarea coronarografiei în acest sindrom:
— fibrilaţia ventriculară;
— blocul complet atrioventricular;
— leziuni subepicardice regresive.

În majoritatea cazurilor se remarcă o stenozare (50—70%) a unei singure artere coronare majore.

Ca excepţii se întîlnesc:
— coronare normale;
— mai multe coronare lezate.

La practicarea coronarografiei s-a pus în evidenţă un spasm coronarian concomitent cu durerea şi modificările ECG; prezenţa spasmului explică apariţia angorului de tip Prinzmetal.

Această „variant form of angina pectoris" continuă a fi discutată ca entitate patologică. Cheng şi colab. au descris o variantă de angină Prinzmetal („variant of variant form"), care s-ar caracteriza prin următoarele:

Scanned with OKEN Scanner

Parametri	Angor Prinzmetal	Forma Cheng
— Supradenivelare ST	— Apare în timpul crizei dureroase	— Apare cu şi fără criză dureroasă
— Disfuncţia [illegible]chiului papilar	?	+
— ECG la efort	—	Supradenivelare ST
— Pacing atrial	?	Supradenivelare ST
— Coronaropatie decelată coronarografic	+	—
— Spasm coronarian	?	+
— Dispariţia sau atenuarea durerii prin nitroglicerină	+	+
— Aritmii	Frecvente	Mai puţin frecvente
— Disociaţia curbei de oxihemoglobină	?	Normală

Tratamentul

— Nitroglicerina conduce, de regulă, repede la dispariţia durerii (Prinzmetal remarca efectul favorabil al Nylidrin-ei).

—Propranololul (are acţiune favorabilă, deşi controversată).

— Tratamentul aritmiilor: chinidina, procainamida, propranololul.

— Intervenţia chirurgicală (*by-pass* aortocoronarian de venă safenă).

În privinţa intervenţiei chirurgicale există mai multe păreri:

= unii o privesc cu incertitudine;

= alţii o consideră o metodă încurajatoare;

= alţii o consideră ca un mijloc terapeutic necesar şi de elecţie.

Scanned with OKEN Scanner

Şcoala de cardiologie de la Spitalul „Colţea" (prof. A. Mihail şi conf. P. Popescu) consideră angina Prinzmetal ca aparţinînd iminenţei de infarct.

Auscultaţia şi fonocardiografia în diagnosticul cardiopatiei ischemice

În practica medicală se consideră, de regulă, că examenul auscultatoriu şi fonocardiograma nu aduc nici un element pentru diagnosticul de cardiopatie ischemică şi în special pentru diagnosticul angorului. În realitate, medicul trebuie să fie avertizat şi să acorde atenţia cuvenită acestor metode, care pot contribui şi ele la elucidarea unui diagnostic deseori deosebit de dificil.

Zgomotele inimii

— Accentuarea primului zgomot al inimii se poate întîlni la bolnavii cu angină pectorală, care prezintă o disfuncţie a muşchiului papilar. El se percepe mai tîrziu (în perioada de contracţie izovolumică) decît primul zgomot normal.
— Dedublarea primului zgomot al inimii se poate înregistra la un număr de bolnavi concomitent cu durerea precordială. Klie şi colab. au constatat acest fenomen auscultatoric şi fonocardiografic la 9 din 63 pacienţi cu coronarografie patologică (stenoză > 50%) şi la nici un subiect cu coronarografie normală.
— Apariţia zgomotelor III şi IV poate sugera diagnosticul de cardiopatie ischemică la bolnavii cu durere toracică.

Scanned with OKEN Scanner

În repaus zgomotul III s-a semnalat la 10,5% din pacienți, iar zgomotul IV la 25%. Proporția pacienților cu prezența acestor zgomote suplimentare poate crește după o probă de efort. Astfel după testul Master zgomotul IV a fost prezent la 83,33% din bolnavii cu istoric de infarct miocardic.

Într-un studiu clinic, fonocardiografic, hemodinamic, ventriculografic și coronarografic făcut de Cohn, Gorlin și colab. s-a constatat: absența zgomotelor suplimentare în repaus; apariția lor la efort la bolnavii cu examen coronarografic patologic (88% din pacienții cu prezența acestor zgomote aveau coronare patologice).

Prezența zgomotelor patologice s-a corelat și cu o creștere a LVEDP (presiunea telediastolică a ventriculului stîng).

Zgomotul al IV-lea este foarte frecvent în infarctul miocardic acut.

Bennett și Sowton l-au întîlnit la toți bolnavii cu infarct miocardic acut internați în unitatea de terapie intensivă a coronarienilor.

— Prezența celui de-al III-lea zgomot și dedublarea zgomotului al II-lea s-au înregistrat la pacienții cu debit cardiac scăzut și presiune mare în artera pulmonară.

— Dedublarea paradoxală a zgomotului al II-lea (dedublare expiratorie și un singur zgomot în inspirație) se poate întîlni la circa 25% din bolnavii cu infarct miocardic acut.

Această dedublare s-ar explica prin: creșterea presiunii arteriale sistolice, creșterea perioadei de preejecție sau apariția unui bloc de ramură stîngă. Toate aceste alterări ar explica prelungirea intervalului QA_2 care (după Martin și colab.) ar sta la baza dedublării paradoxale a zgomotului II.

— Galopul atrial (telediastolic) se poate întîlni aproape întotdeauna, însă adesea în mod tranzitoriu, în infarctul miocardic acut.

Scanned with OKEN Scanner

În angorul coronarian galopul atrial poate fi evidențiat în special după o probă de efort (efort maximal, de regulă).
Se pare că prezența galopului este direct proporțională cu gradul de alterare anatomică a arterelor coronare (Cohn și colab. l-au constatat la 34 de pacienți din 93 care aveau o stenoză coronariană semnificativă — > 75% —). Prezența galopului a variat între 66,6% și 100% (după diverse statistici) dacă în timpul probei de efort s-a făcut monitorizarea fonocardiografică.
— Galopul ventricular. Se întîlnește mai puțin frecvent în angina pectorală, dar semnificația lui prognostică este foarte serioasă. Se poate surprinde în special în timpul unei probe de efort și de regulă însoțește un galop atrial.
De obicei se constată concomitent o serie de tulburări hemodinamice: creșterea presiunii telediastolice a ventriculului, scăderea indexului cardiac și apariția unui oarecare grad de asinergie ventriculară stîngă.
Apariția galopului ventricular s-ar explica printr-o contracție ventriculară diminuată asociată cu un debit cardiac scăzut și o presiune de umplere protodiastolică ventriculară crescută.
— De reținut este faptul că galopul nu este specific pentru cardiopatia ischemică, el putîndu-se întîlni și în alte împrejurări (ex. stări hiperkinetice — tireotoxicoză, sarcină —).
Depistarea galopului se poate face în afara efortului și după testul presor la rece sau prin injectarea de soluții saline.
Suflurile cîștigă o valoare diagnostică pentru cardiopatia ischemică atunci cînd nu există alte afecțiuni care să le justifice prezența.
— Suflul poate fi holosistolic sau telesistolic; poate să apară în mod tranzitoriu în timpul unui acces anginos,

Scanned with OKEN Scanner

să fie permanent și în acest caz se poate intensifica sau prelungi în timpul crizei de angor.
— Apariția suflurilor se explică (după Burch) prin ischemia mușchilor papilari, care conduce la o disfuncție tranzitorie a mușchilor papilari ai valvulei mitrale.
— Suflul telesistolic survine foarte rar în cardiopatia ischemică și poate să coincidă cu un zgomot I accentuat sau cu un galop.
— Coronarografia practicată în cazurile cu suflu sistolic a evidențiat o stenoză coronariană majoră (75%) la cel puțin două vase, cu o contracție ventriculară stîngă deficitară.
— Suflul diastolic este mult mai rar decît cel sistolic și de regulă el a survenit în cazul unor stenoze (mai puțin severe) a ramurii descendente anterioare a coronarei stîngi (Sangster și Oakley).

Diagnosticul enzimologic al cardiopatiei ischemice

Explorarea coronarografică în cardiopatia ischemică se utilizează tot mai frecvent pentru diagnosticul acestei afecțiuni, mai ales în cazurile în care elementele clinice și probele electrocardiografice (în repaus și la efort) sînt neconcludente. Se știe că această explorare poate să precipite un infarct miocardic. De aci s-a născut ideea de a utiliza unele enzime (transaminaza glutamooxalacetică — SGOT —, creatinfosfokinaza — CPK — și lacticdehidrogenaza — LDH —) înainte și după coronarografie (la 4, 18 și 24 de ore).
Dacă explorarea coronarografică nu se însoțește de apariția unui infarct miocardic acut variațiile SGOT și LDH nu sînt semnificative și nu depășesc limita superioară a normalului.

Scanned with OKEN Scanner

S-au constatat însă creşteri patologice ale CPK în cazul în care pentru coronarografie s-a utilizat o premedicaţie parenterală (nu orală).
În cazul în care coronarografia conduce la un infarct miocardic acut valorile enzimelor (SGOT, LDH, CPK) depăşesc limita superioară a normalului.
Importanţa diagnosticului enzimologic se justifică în special în *infarctul miocardic*.
Enzimele s-ar comporta, după Sobel şi Shell, în felul următor:
— SGOT începe să crească la 8—12 ore de la debutul durerii. La 18—36 de ore valorile sînt de 2—10 ori mai mari, iar revenirea la normal se face după 3—4 zile.
— LDH începe să crească la 24—48 de ore de la debutul infarctului; timp de 3—6 zile valorile se menţin crescute (de 2—10 ori cifrele normale), iar revenirea la normal se face în ziua a 8-a — a 14-a.
— CPK începe să crească după 6—8 ore. La 24 de ore creşterea depăşeşte de 2—10 ori cifrele normale. Revenirea la cifrele normale se face în 3—4 zile.
Nu trebuie uitat că şi alte afecţiuni pot fi însoţite de creşteri ale acestor enzime.
Astfel:
— SGOT mai poate creşte în: congestia hepatică, afecţiuni musculare, scheletale, şoc, miocardite, pericardite, embolie pulmonară, tahiaritmii, electroconversie, cateterism cardiac, la femeile care utilizează contraceptive.
— LDH înregistrează creşteri în: insuficienţa cardiacă congestivă, hemoliză, anemia megaloblastică, leucemia acută sau cronică, hepatopatii, nefropatii, neoplasme, embolie pulmonară, cateterism cardiac, electroconversie.
— CPK poate avea valori crescute şi în: distrofia musculară, afecţiuni inflamatorii ale muşchilor, intoxicaţia cu alcool, diabet, psihoze, injecţii intramusculare, embolie pulmonară, electroconversie, angiocardiografie. În neo-

Scanned with OKEN Scanner

plasme CPK este în limite normale, spre deosebire de SGOT şi LDH.
Izoenzimele, cu specificitate de organ, sînt deosebit de importante în diagnosticul infarctului miocardic.
— Astfel creşterea LDH_1 precede creşterea LDH total. Este important însă să se ştie că această izoenzimă mai poate să crească şi în: hemoliza asociată sau nu cu prezenţa unei proteze valvulare sau în distrofia musculară. Nu creşte însă în tahiaritmie, electroconversie şi pericardită.
— Determinarea izoenzimelor CPK permite diferenţierea creşterilor CPK datorite infarctului miocardic de cele datorite intervenţiilor chirurgicale sau injecţiilor intramusculare.
Determinarea enzimelor (SGOT, LDH, CPK) permite aprecieri prognostice asupra evoluţiei infarctului miocardic. În acest sens creşteri de peste 10 ori ale nivelului seric al acestor enzime indică o mortalitate foarte mare. Nivelul enzimelor serice este direct proporţional cu mărimea infarctului miocardic, cele mai mari cifre apar în şocul cardiogen în care dimensiunile infarctului ating sau depăşesc 40% din ventriculul stîng.
Există şi alte enzime care au fost utilizate în diagnosticul infarctului miocardic:
— Gamaglutamiltranspeptidaza (GMT); începe să crească în zilele 1—5 avînd valoarea maximă în ziua a 10-a de la debutul infarctului miocardic. Se pare că valorile patologice ale acestei enzime se înregistrează numai în cazurile în care există o interesare hepatică secundară.
— α-hidroxibutiricdehidrogenaza ar fi mai crescută în infarctul miocardic acut decît SGOT (în opinia lui Meric).
— Glicogenfosforilaza începe să crească începînd cu ora a 4-a de la debutul infarctului avînd o cifră maximă între a 20-a şi a 30-a oră; prin aceasta ea şi-ar dovedi utilitatea în depistarea unor leziuni miocardice precoce.

Scanned with OKEN Scanner

— Adenilatkinaza creşte în primele 30 de minute de la instalarea accidentului coronarian specific. Este deci utilă atît în diagnosticul precoce al infarctului miocardic cît şi în surprinderea unei extinderi recente a unui infarct.

Aspecte electrocardiografice în cardiopatia ischemică

Electrocardiograma (de repaus) în angor poate să fie normală într-o proporţie care poate să atingă 50%. De asemenea există o serie de modificări electrocardiografice care nu sînt expresia unei cardiopatii ischemice. Se apreciază că 10—25% din cazurile etichetate drept coronaropatie, pe baza unor alterări electrocardiografice, reprezintă diagnostice eronate.

Important ar fi să dispunem de posibilitatea de a face înregistrări electrice în timpul accesului de angor. S-au realizat astfel de înregistrări cu ajutorul aparatului portabil de tip Holter. De regulă (dar nu la toţi pacienţii) se semnalează o subdenivelare ischemică ST şi, adesea, o accelerare a frecvenţei cardiace. Înregistrările făcute în timpul somnului au demonstrat modificări ST şi ale undei T între orele 4 şi 6 a.m. Din 58 episoade care se însoţeau de modificări ST şi ale undei T, 24 au fost înregistrate în perioada mişcărilor rapide ale ochilor (REM) şi 21 în timpul trezirii.

În privinţa infarctului miocardic amintim criteriile stabilite de al patrulea grup de lucru al Oficiului regional pentru Europa al O.M.S. (Copenhaga, 1970).

A. *Infarct miocardic „foarte probabil"*.

a) Asocierea unei unde Q I (care nu trebuie să fie mai mică de 20% din înălţimea lui R I) şi a unei unde T I nega-

Scanned with OKEN Scanner

tive (semn de infarct antero-lateral, care trebuie confirmat prin conducerile precordiale, așa cum se remarcă la punctele c) și d). avL este mult asemănător cu D_I.
b) Asocierea unei unde Q II cu T_{II} negativ, Q III cu T_{III} negativ și Q în avF. Condițiile undei Q: 25% din înălțimea celei mai mari unde R, în D_{III} și $\geqslant$ 0,03 sec. lărgime în D_{II} și D_{III}.
c) Unde Q prezente în V_1, V_2, V_3 și unde T negative sau difazice în V_2 și V_3 (QRS nu trebuie să aibă o durată mai mare de 0,10 sec.). Cînd unda R lipsește există o configurație QS.
d) Unde Q mai mari decît 0,4 mV în adîncime în V_4 și V_5 și 0,2 mV în V_6, în asociație cu unde T negative în aceste conduceri.
e) Existența unui curent de leziune, cu evoluție în 3 faze: acută (12 h → 24 h) — unda monofazică; subacută (2 → 10 zile) — unda Pardee; cronic (8 zile → luni sau ani).
Probabilitatea de infarct este de aproape 100%.
B. *Infarct miocardic „posibil"*
f) Supradenivelarea sau subdenivelarea tranzitorie a ST mai mare de 0,1 mV în D_I sau $V_1 \rightarrow V_6$. Cînd persistă și este mai mare de 0,3 mV în D_I sau V_5—V_6 există o mare suspiciune de anevrism cardiac. Se poate semnala și coexistența unor anomalii QRS tipice.
g) Prezența unei unde Q în D_{II} și D_{III} reprezentînd 25% din înălțimea maximă a unei unde R și aspectul de „Q trivial" în avF.
h) Undă Q sau QS cu ancoșă pe ramura descendentă în V_2 și/sau V_3.
i) Deviație axială stîngă marcată cu undă S adîncă în D_{II} și D_{III} și aspect RR′ în D_{II}. Sînt modificări care se pot întîlni în infarctul anterior, dar sînt necesare și alte modificări pentru a se confirma diagnostic.
j) Deviație axială dreaptă și hipertrofie ventriculară stîngă (semn de infarct miocardic apical sau lateral).

Scanned with OKEN Scanner

k) Microvoltaj în conducerile standard (< 1 mV) și precordiale (< 2 mV) cu hipertrofie cardiacă. Pot coexista și alte anomalii tipice ale QRS și T.
l) Unde T negative, simetrice, în toate sau în unele din conducerile $V_3 \rightarrow V_6$.
m) Undă T precordială înaltă sau adîncă (1 mV sau mai mult) în două sau în mai multe conduceri precordiale cu QRS normal.
n) Bloc de ramură dreaptă sau stîngă plus suspiciunea unui infarct miocardic din cauza prezenței unei unde Q adiționale.
o) Unde R precoce înalte în V_1 fără hipertrofie ventriculară dreaptă sau bloc de ramură dreaptă (semn de infarct miocardic postero-lateral). Este necesară, în plus, existența unui complex Qr și a unei unde T negative în V_6 și a unei unde T înalte în V_1 și V_2.
p) Aspectul $T_{III} > T_I$; poate fi un semn de infarct miocardic anterior.
Aceste criterii nu sînt imuabile și ele sînt discutate în continuare la ora actuală.
Azi se dispune, în multe țări, de posibilitatea unui diagnostic cît mai precoce al infarctului miocardic acut.
Pornind de la faptul cunoscut că infarctul miocardic începe ca un infarct subendocardic, Levine, Young și William sistematizează, după diverși autori, secvențele cele mai precoce în infarct în două variante.
În prima variantă ar exista:
— Inversarea undei T (T ischemic), urmată de
— Denivelarea progresivă a RS-T,
— Undă T ascuțită, înaltă.
În cea de-a doua variantă s-ar înregistra:
— Undă T înaltă și ascuțită („hiperacută") semănînd cu unda T din intoxicația cu potasiu, urmată de
— O undă T negativă,
— O undă Q (cu o lărgime $>$ 0,04 sec.).

Scanned with OKEN Scanner

Infarctul atrial este diagnosticat foarte rar în practica medicală cotidiană, cu toate că — potrivit unor autori — frecvența lui ar reprezenta 1—17% din infarcte.
S-au descris ca semne electrocardiografice:
— Subdenivelarea PR (0,8 mm) în conducerile D_{II}, D_{III}, avF (și uneori în V_1 și V_2).
— O undă P înaltă, ascuțită în D_I, D_{II}, D_{III}.
— O undă P în formă de M sau W.
— O undă P neregulată sau cu crestături.
Existența unui infarct atrial se poate bănui cînd infarctul ventricular se însoțește de aritmii atriale sau bloc atrio-ventricular.
Infarctul multiplu poate fi sistematizat electrocardiografic, potrivit opiniei lui Teodorini și Papazian, astfel:
1. Noul infarct miocardic poate masca pe cel vechi (cînd este situat pe peretele opus).
2. Semnele electrice ale infarctului miocardic vechi pot masca semnele infarctului miocardic nou (cînd infarctul miocardic nou este mai mic, este vecin ca localizare sau este situat subendocardic).
3. Coexistența electrocardiografică a celor două infarcte (cel vechi și cel nou) — posibilitatea cea mai frecventă.
4. Cel de-al doilea infarct miocardic poate face ca electrocardiograma să fie normală, dar undele să aibă un voltaj redus.
Este bine cunoscut faptul că în evoluția lor infarctele pot înregistra remanieri electrocardiografice mergînd pînă la o „vindecare" electrocardiografică.
Urmărind 100 cazuri de infarct miocardic timp de 4 ani Șuțeanu și colaboratorii au remarcat:
— Dispariția totală a semnelor electrocardiografice („vindecarea electrocardiografică") în 19% din cazuri.
— Remisiunea parțială a semnelor electrice cu unde Q dubioase în 52% din cazuri.
— Persistența semnelor electrice (în 29% din cazuri).

Scanned with OKEN Scanner

În ceea ce privește evoluția tulburărilor de repolarizare autorii au constatat:
— O remisiune completă (în 31% din cazuri).
— O remisiune parțială (în 40% din cazuri).
— O persistență (în 29% din cazuri).
Noi am remarcat cele mai frecvente modificări electrocardiografice și cele mai multe „vindecări" electrice în cazul localizărilor inferioare sau postero-inferioare.
Interpretarea unei unde Q poate fi adesea dificilă și o sistematizare a circumstanțelor în care interpretarea undei Q este dificilă o face Iliescu și colab. în cele ce urmează:
A. *Infarct miocardic fără undă Q patologică* (20—25% din cazurile de infarct miocardic):
a) Infarctele subendocardice.
b) Infarctul miocardic însoțit de bloc de ramură stîngă.
c) Infarctul miocardic însoțit de bloc atrioventricular complet, tahicardie paroxistică, sindrom W.P.W.
B. *Unde patologice neînsoțite de necroză miocardică:*
1. *Undă Q patologică persistentă:*
a) Hipertrofie ventriculară stîngă, cu imagine QS în precordialele drepte.
b) Hipertrofia ventriculară dreaptă și cordul pulmonar cronic, cu imagine QS în conducerile precordiale drepte.
c) Amiloidoza cardiacă sau metastazele cardiace.
2. *Undă Q tranzitorie:*
a) Hipopotasemia.
b) Hipoglicemia, starea de șoc.
c) Tulburările metabolice datorite unei anoxii severe.
Dispariția undei Q se mai poate remarca cînd:
— blocul de ramură stîngă se instalează pe un infarct vechi;
— apare un infarct nou pe peretele opus celui care are un infarct vechi;

Scanned with OKEN Scanner

— în interiorul zonei cicatriceale postnecrotice persistă insule de țesut sănătos, care cu timpul se hipertrofiază. Tulburările de ritm din infarctul miocardic acut cresc mortalitatea în această afecțiune. Depistarea și tratamentul lor au devenit posibile prin înființarea unităților de terapie intensivă a coronarienilor. Ne vom mărgini la o enumerare a acestor tulburări de ritm.

A. *Tahiaritmiile*

1. *Tahicardia sinuzală* (survine la 1/3 din bolnavii cu infarct miocardic).
2. *Extrasistolele atriale* (incidența: 15—30% din infarctele miocardice acute monitorizate).
3. *Tahicardia paroxistică atrială* (frecvență: 1—7,5%).
4. *Flutterul atrial* (apare pînă la 5% din pacienții cu infarct miocardic acut).
5. *Tahiaritmii joncționale*

a) Tahicardie joncțională paroxistică (alura ventriculară: 150—220 / minut).

b) Tahicardia joncțională neparoxistică (alura ventriculară: 70—130 / minut). Aceasta s-ar manifesta (după Konecke Lee și Knoebel) prin:

— disociație atrioventriculară (alura atrială mai rapidă și cea ventriculară mai rară);
— disociație atrioventriculară, cu rata ventriculară depășind rata atrială;
— schimbarea gradată a conducerii ventriculare din joncțională în sinoatrială;
— apariția gradată a unei tahicardii joncționale neparoxistice cu atriul și ventriculul sub controlul unui centru joncțional;
— capturi ventriculare prin impulsul sinuzal;
— ritm joncțional dublu;
— tahicardie joncțională neparoxistică cu bloc de ieșire.

6. *Tahiaritmii ventriculare*

a) Extrasistole ventriculare (apar la circa 80% din pacienții cu infarct miocardic acut).

Scanned with OKEN Scanner

Pot îmbrăca o semnificație patologică atunci cînd:
— au o frecvență de ≧ 5 / minut;
— apar în faza vulnerabilă a ciclului cardiac;
— sînt multifocale;
— sînt cuplate sau apar în salve.
b) Tahicardia ventriculară (10% din infarctele miocardice acute).
c) Fibrilația ventriculară.
B. *Bradicardii și bradiaritmii.*
Apariția lor s-ar explica prin:
1. alterări ale formării impulsului normal la nivelul nodului sinoatrial;
2. alterări datorite insuficienței propagării impulsului prin sistemul de conducere spre ventriculi.
Frecvență: 15→41%; sînt mai frecvente (de 3 ori) în infarctul inferior decît în cel anterior.
În afară de bradicardia sinuzală s-ar mai întîlni:
— pauza sinuzală (frecvență 4% în statistica lui Rotman și colab.);
— blocările la diferite niveluri:
= nodul atrioventricular,
= fascicul His,
= fasciculele periferice.
Existența tulburărilor de conducere ne poate furniza informații asupra sediului ocluziilor pe coronare, deoarece:
— ocluzia circulației posterioare (artera coronară dreaptă și ocazional artera circumflexă stîngă) conduce la infarct inferior și bloc la nivelul nodului atrioventricular;
— ocluzia ramurii descendente anterioare a arterei coronare stîngi poate determina tulburări la nivelul fasciculului His în zona ramificării și la nivelul zonei proximale a ramurii drepte și stîngi;
— majoritatea pacienților cu infarct inferior și bloc atrioventricular complet prezintă o necroză fie în interiorul, fie în apropierea zonei proximale a sistemului de conducere.

Scanned with OKEN Scanner

Aportul electrocardiogramei de efort pentru diagnosticul cardiopatiei ischemice

Efortul maximal (sau submaximal, în cel mai rău caz) realizează condiția fiziopatologică a cardiopatiei ischemice, prin crearea unui dezechilibru între necesitate și aport la nivelul miocardului.

— Indicațiile probei de efort (după O.M.S.):

1. Să stabilească diagnosticul de cardiopatie ischemică sau să confirme o „etichetă diagnostică" de cardiopatie ischemică.
2. Să evidențieze capacitatea funcțională și toleranța la efort, necesare ca un gest preoperator.
3. Stabilirea riscului pentru viitor.
4. Aprecierea rezultatelor terapeutice (dietă, tratament medicamentos, chirurgical și antrenament fizic).
5. Trierea subiecților pentru un program preventiv, terapeutic și de reabilitare.

— Obiectivele probei de efort (după Prudhomme, Jouve și colab.):

1. Depistarea și eventual prevenirea cardiopatiei ischemice.
2. Diagnosticul algiilor toracice a căror simptomatologie nu este exact cea a unui angor.
3. Evaluarea toleranței la efort în vederea readaptării după infarctul miocardic.
4. Testarea eficacității anumitor medicamente sau a unei intervenții chirurgicale cardiace.

— Contraindicațiile probei de efort (după O.M.S.)

Scanned with OKEN Scanner

I. Contraindicaţii absolute

1. Insuficienţa cardiacă congestivă.
2. Infarct miocardic recent.
3. Angor rapid crescînd şi instabil.
4. Anevrism disecant.
5. Tahicardia ventriculară sau alte aritmii periculoase (activitate ventriculară multifocală).
6. Stenoză aortică severă.
7. Embolie recentă, fie sistemică, fie pulmonară.
8. Tromboflebită activă sau recentă.
9. Boli infecţioase acute.

(Hipertensiunea arterială malignă şi cardită acută — Blume —)

II. Contraindicaţii relative

1. Aritmii supraventriculare necontrolate sau cu frecvenţă crescută.
2. Activitate ventriculară ectopică repetitivă sau frecventă.
3. Hipertensiune arterială sistemică sau pulmonară netratată, severă.
4. Anevrism ventricular.
5. Stenoză aortică moderată.
6. Tulburări metabolice necontrolate (diabet, tireotoxicoză, mixedem).
7. Cardiomegalie marcată.

(Anemii importante, tulburări arteriale şi venoase grave la nivelul gambelor, atrofia musculară periferică şi limitarea notabilă a mobilităţii articulaţiilor la nivelul membrelor inferioare — Blume —)

Scanned with OKEN Scanner

III. Condiții necesitînd considerații și / sau precauții speciale

1. Tulburări de conducere
— Bloc a-v complet.
— Bloc de ramură stîngă.
— Sindrom W.P.W.
2. *Pacemaker*-i cu frecvență fixă.
3. Aritmii controlate.
4. Tulburări electrolitice.
5. Anumite medicamente.
— Preparate digitalice.
— β-blocante sau medicamente cu acțiune înrudită.
6. Hipertensiunea severă (hipertensiunea diastolică peste 110 mm Hg, retinopatie gr. III).
7. Angina pectorală + alte manifestări de insuficiență coronariană.
8. Anemia severă.
9. Obezitatea marcată.
10. Insuficiență renală, hepatică și metabolică.
11. Tulburări psihonevrotice.
12. Tulburări neuromusculare, musculoscheletale și artritice care împiedică mișcările normale.

— Condiții necesare efectuării probei de efort:
= O încăpere suficient de mare și cu o bună aerație.
= Aparatură adecvată (ergometru programat, electrocardiograf, osciloscop pentru supravegeherea electrocardiogramei în timpul efortului, defibrilator, posibilitatea de administrare a oxigenului, posibilitatea de intubație, medicamente — nitroglicerină, atropină, lidocaină etc.).
= Personal medical și paramedical competent.
= Proba se va efectua la pacienți în vrstă pînă la 65—70 de ani.
= Proba trebuie efectuată dimineața sau după masa (fără consum de alcool, grăsimi, ceai).

Scanned with OKEN Scanner

= Este bine ca bolnavul să nu fi luat cu cîteva zile înainte digitală sau β-blocante sau nitroglicerină (cu 2 ore înainte).
— Tipuri de ergometre:
1. Scărița (cu care se efectuează testul Master).
2. Covorul rulant (se utilizează în special în S.U.A.).
3. Cicloergometru (cel mai utilizat ergometru în Europa; intensitatea efortului este exprimată în waţi sau Kgm / min.).
4. Stimularea endocavitară. Este metodă invazivă şi de regulă nu e folosită ca o metodă de rutină. Este recomandată în special la cei cu afecţiuni ale membrelor inferioare, care nu pot face efortul pe cicloergometru sau pe covorul rulant.
— Tipurile de efort:
1. Tipul rectangular. Efort de intensitate unică şi constantă pe un timp determinat.
2. Tipul progresiv. Este cel mai frecvent utilizat. Are 3 variante:
a) Continuu. Încărcarea creşte cu 10 waţi pe minut.
b) În trepte. Creşterea se face în trepte de 3—6 minute (cu 25 w.).
c) Discontinuu. Travaliul se execută în trepte crescînde separate de perioade de repaus.
— Efortul care trebuie făcut, trebuie să fie maximal (trebuie să atingă o alură ventriculară = 220 — vîrsta) sau în cel mai rău caz submaximal (85% din alura ventriculară din efortul maximal).
— Plasarea electrozilor pentru înregistrarea electrocardiogramei: electrozii precordiali se fixează în mod normal pentru o ECG de repaus, iar ceilalţi se fixează la nivelul acromionului şi la nivelul crestelor iliace (tehnica Mason).
— Protocolul probei de efort:
1. Se înregistrează o ECG în repaus, cu cele 12 conduceri convenţionale.
2. Se înregistrează o ECG în ortostatism.

Scanned with OKEN Scanner

3. Se înregistrează ECG în timpul fiecărei trepte de efort; în timpul fiecărei trepte se ia şi tensiunea arterială.
4. Se înregistrează ECG după terminarea efortului; bolnavul pedalează în voie fără încărcătură, timp de 2 minute şi apoi se odihneşte pe scaun timp de 6—8 minute fiind urmărit pe osciloscop.
5. Bolnavul se odihneşte 30—60 de minute şi evită să facă baie sau duş cald timp de 3—4 ore.

— Pentru aprecierea momentului în care proba de efort trebuie oprită s-au fixat o serie de criterii (Broustet şi colab.):

I. Criterii obiective

A. *Fiziologice*

a) Consumul maxim de oxigen (este momentul în care apare o hiperventilaţie cu creşterea bruscă a frecvenţei respiratorii, în timp ce VO_2 nu mai creşte).
b) Frecvenţa cardiacă maximă (220— vîrsta).
c) Oboseala, dacă a) şi b) sînt atinse.

B. *Patologice*

a) ECG de tip ischemic.
b) Tulburări de ritm (flutter şi fibrilaţie atrială, tahicardie supraventriculară).
c) Tulburări de excitabilitate (extrasistole ventriculare care se grupează sau se apropie):
= cînd sînt mai frecvente de 10%,
= bi- sau trigeminism,
= sindromul R/T.
d) Blocul de gr. I sau gr. II, blocul de ramură stîngă.
e) Variaţiile presiunii arteriale:
= scăderea presiunii la efort,
= creşterea presiunii arteriale (limita superioară: 250—280 mm Hg).
f) Galopul stîng.

Scanned with OKEN Scanner

C. De *inadaptare circulatorie*
a) Dispnee cu hiperventilație.
b) Paloare, transpirații reci, confuzii, titubație.
c) Scădere tensională.

II. Criterii necontrolabile

a) Precordialgii fără variații electrocardiografice semnificative.
b) Jenă respiratorie, dispnee izolată.
c) Oboseală musculară și / sau generală.
— Interpretarea electrocardiogramei de efort. Se consideră unanim drept criteriu sigur de insuficiență coronariană aspectul „ischemic" al segmentului ST; decalajul inferior al punctului J trebuie să fie $\geqslant 1$ mm; segmentul ST decalat trebuie să fie orizontal sau descendent, cu o durată de $\geqslant 0{,}08$ sec. (Friesinger).
Raportul Lepeschkin — Surawicz $\frac{QX}{QT}$ trebuie să fie mai mare de 0,5 (Qx este distanța dintre Q și locul în care ST atinge linia izoelectrică).
Ca aspecte care ridică suspiciuni de insuficiență coronariană se notează (după Blondeau) :
a) Subdenivelare progresivă a segmentului ST fără decalajul punctului J.
b) Aspectul orizontal și nedecalat al segmentului ST cu incizură a racordării la unda T.
c) Aspectul ușor ascendent al segmentului ST, după decalajul punctului J, cu raport $\frac{—}{QT}$ ridicat (aspect denumit de Master „near ischemic").
Se mai notează, de asemenea, ca modificări electrice sugestive, dar nesigure:
a) Aspectele ischemice ale ST cu subdecalaj < 1 mm.
b) Subdecalajul punctului J > 2 mm, cu segmentul ST ascendent.

Scanned with OKEN Scanner

c) Supradenivelarea ST corespunzînd unei subdenivelări în derivații opuse.
d) Creșterea marcată de amplitudine și inversiunile profunde ale undei T.
e) Inversiunea indiscutabilă a undei U.
f) Extrasistole în salve sau polimorfe, tarhicardie sau fibrilație ventriculară.
g) Blocul de ramură stîngă.

Dr. O. OPRIAN

Scanned with OKEN Scanner

Actualităţi în bolile aparatului digestiv*

Boala Whipple

Diareea cronică atribuită uneori unei pancreatite cronice poate fi datorită şi unei afecţiuni la care ne gîndim mai puţin, ca *boala Whipple* sau *lipodistrofia intestinală*. Afecţiunea nu este atît de rară pe cît se pare, dar este în mod excepţional recunoscută în timpul vieţii, diagnosticul fiind precizat de obicei *post mortem*. Clinic se caracterizează prin: diarei rebele ducînd repede la caşexie, artralgii, pigmentări cutanate, adenopatii periferice, febră, edeme, anemie şi hipotensiune. Histopatologic peretele intestinului subţire prezintă o infiltraţie cu macrofage încărcate cu material PAS-pozitiv, deformări şi atrofii ale vilozităţilor precum şi formaţiuni pseudochistice considerate pînă acum ca fiind cavităţi limfatice dilatate. Chiar biopsia oarbă, fără laparotomie a făcut posibil diagnosticul *intra vitam*, dar astăzi duodenoscopia cu biopsie dirijată precizează cu uşurinţă existenţa bolii Whipple salvînd pacientul printr-un tratament eficient.

* Bibliografia la autor

Scanned with OKEN Scanner

Încă din 1952 Paulley a semnalat eficacitatea tetraciclinei, dar utilizarea antibioticului a fost restrînsă din cauza impreciziei diagnosticului. Haubrich și colaboratorii au evidențiat cu ajutorul microscopiei optice și electronice în mod regulat bacterii în mucoasă, emițînd ipoteza microbiană a acestei afecțiuni. Bacteriile nu au fost încă precis identificate dar se pare că e vorba de corinebacterii, streptococi alfa atipici sau *Haemophilus*.
Fără îndoială că în patogenia bolii mai participă și un factor local imunologic ,încît mecanismul bolii recunoaște asocierea: defect imunologic + invazie bacteriană. O cură prelungită de tetraciclină ameliorează pînă la dispariție toate tulburările clinice, dar modificările morfologice retrocedează extrem de lent.
Ampicilina este la fel de eficientă.
Biopsiei intestinale îi revine astfel un rol hotărîtor ori de cîte ori etiologia unui sindrom de malabsorbție este neclară. Se poate transforma un prognostic infaust într-unul bun.

● Adenomatoza hepatică

În *patologia iatrogenă* a ficatului *anticoncepționalele orale* se înscriu cu o nouă reacție adversă: *adenomatoza hepatică*. Au fost depistate astfel formațiuni tumorale benigne prezentîndu-se clinic sub formă de: a) hemoperitoneu, b) tumefacții subcostale corespunzînd unor hematoame subcapsulare, c) tumoare subcostală dureroasă. Examenul histopatologic evidențiază aspectul de adenom benign cu pereți vasculari extrem de dilatați și subțiri, ceea ce explică hemoragiile.
Tratamentul este chirurgical.

Scanned with OKEN Scanner

Boala diverticulară

Corelînd tabloul clinic cu cel anatomic G. Benhamou şi G. Nardi propun o mai bună sistematizare nosologică a *bolii diverticulare*.

Diverticuloză: formă latentă a bolii care nu necesită un tratament, deşi unii prescriu intermitent un antiseptic intestinal.

Diverticulita: formă manifestă a bolii cu două aspecte:

A. *Diverticulita hemoragică*, cu hemoragii intestinale şi rectoragii. Sîngerează îndeosebi diverticulii colonului drept situaţi juxtavascular, infiltrînd mezocolonul şi penetrînd vasele colice.

B. *Diverticulita infectată* cu topografie stîngă. Diverticulul fiind un fund de sac care conţine un calcul stercoral infectant se înţelege uşor tendinţa la infectare a acestei afecţiuni. Diverticulita infectată care poate fi sinonimă cu sigmoidita poate parcurge la rîndul său două etape:

a) *Presupurativă*. Clinic: dureri abdominale survenind spontan şi la palparea fosei iliace stîngi, constipaţie sau alternare constipaţie, diaree. Lipsesc semnele infecţiei: febră, leucocitoză. Facilitarea tranzitului intestinal previne inflamarea diverticulilor. De aceea se recomandă măsuri de combaterea blocajului colic, cure prelungite cu dezinfectante intestinale (de exemplu: Salazopirină, Ftalilsulfatiazol).

b) *Supurativă*. Clinic: apărare în fosa iliacă dreaptă fără tumefacţie. Există un sindrom infecţios: febră, leucocitoză marcată cu neutrofilie. Se contraindică în această etapă examenul radiologic baritat existînd pericolul de baritoperitoneu.

Sigmoidita supurată fistulizează curent în vezica urinară generînd tabloul clinic al *perisigmoiditei*, o peritonită localizată în fosa iliacă stîngă. Se deosebeşte de perito-

Scanned with OKEN Scanner

nita generalizată prin lipsa contracturii abdominale. Se diferențiază de sigmoidita supurată prin apariția unei tumefacții în fosa iliacă stîngă. Tratamentul este chirurgical: colectomie.

Policlorura de vinil și afecțiunile hepatice

Procesul *polimerizării policlorurii de vinil* din monomerul clorura de vinil este toxic pentru organismul uman. În trecut, curățirea marilor recipiente în care se petrecea procesul chimic se făcea manual necesitînd astfel contactul intim al mîinilor cu substanța, inclusiv inhalarea ei. Primele manifestări toxice observate au fost osteolize ale falangelor și modificări sclerodermice ale degetelor. La lucrătorii cu o vechime de 12—28 de ani în procesul polimerizării s-au semnalat afecțiuni maligne: tumori hepatice toate de tip *angiosarcomatos* și nemaligne: *hepatite sclerogene* complicîndu-se în timp cu hipertensiune portală. Puncția biopsică a descoperit fibroze hepatice într-o serie de cazuri la care tabloul clinic era normal.

Esofagita de reflux

Esofagita de reflux este o consecință a insuficienței sfincterului funcțional inferior al esofagului și nu a compresiei zonei gastroesofagiene printr-o hernie hiatală. Insuficiența sfincteriană nu este o defecțiune primară

Scanned with OKEN Scanner

ci o consecință a stimulării insuficiente de către gastrina endogenă. S-a constatat că principalul simptom al refluxului gastroesofagian, pirozisul, apare după ce acidul clorhidric sau acizii biliari au ciuruit epiteliul mucoasei pătrunzînd în adîncime la nivelul terminațiilor nervoase sensibile. Disfagia, care poate fi confundată cu durerile retrosternale coronariene, apare odată cu instalarea stenozei.

Ca tratament se recomandă 6—8 mese mici pe zi, cu mai multe proteine care fixează aciditatea stimulînd în același timp secreția de gastrină. Medicația anticolinergică (Probantin, Scobutil, Beladona etc.) este contraindicată deoarece slăbește sfincterul esofagian și micșorînd motricitatea antrală întîrzie evacuarea stomacului. Se interzic condimentele și excitantele, alcoolul, cafeaua, ceaiul negru, fumatul și mesele bogate. În cazul obezității pacientul va slăbi, întrucît abdomenul voluminos exercitînd o presiune sporită favorizează refluxul din stomac în esofag. În timpul nopții poziția de somn a corpului va fi ridicată spre cap cu 30°, pentru a ușura revenirea sucurilor digestive din esofag spre stomac.

Intervenția chirurgicală este indicată numai în caz de complicații: hemoragie, ulcerații sau stenoză.

● Encefalita mioclonică reversibilă de origine digestivă

Encefalopatia mioclonică reversibilă poate fi o manifestare toxică a sărurilor insolubile de bismut luate în mod regulat și prelungit (5—20 g/24 ore) în scop terapeutic. Tulburările se instalează progresiv, în cîteva

Scanned with OKEN Scanner

săptămîni, cu un aspect psihiatric sau neurologic: anxietate, agitație, somnolență, modificări de memorie. În final tabloul clinic este format din:

— Stare confuzională cu logoree și agitație.

— Tulburări sfincteriene (mai des vezicale, mai rar anale).

— Sindrom mioclonic intens: secuse musculare scurte, aritmice la membre, trunchi, uneori și la față survenind spontan și accentuîndu-se la mișcările voluntare.

— Tulburări de echilibru și mers.

— Dizartrie.

Se asociază inconstant:

— un sindrom piramidal frust, tulburări cerebeloase, halucinații vizuale și auditive, crize comițiale. Pe traseul EEG: ritm de bază încetinit cu descărcări de unde lente. Dozarea bismutului metalic găsește valori mari în sînge și urină. Radiografia abdominală pe gol evidențiază un cadru colic opac datorită prezenței bismutului.

Mecanismul acestor encefalopatii rămîne obscur, dar se admite ca responsabil nu metalul însuși (bismutul parenteral nu este nociv) cît apariția unor complexe chimice care trec cu ușurință prin peretele intestinal ajungînd la sistemul nervos central pentru care sînt foarte toxice.

După întrerupere, tulburările regresează complet în cîteva săptămîni. În lumina acestor informații utilizarea sărurilor de bismut obligă la unele precauții: cură discontinuă, 20 zile lunar sau cinci zile pe săptămînă. Se vor folosi cu atenție la constipați. Se vor interzice băuturile alcoolice. Întrerupem medicamentul în caz de cefalee, astenie, tulburări de atenție și motricitate.

Scanned with OKEN Scanner

Cancerul tubului digestiv și alimentația

Cercetări efectuate în ultimii ani încearcă să stabilească **o legătură între răspîndirea diferită a cancerului digestiv** în diverse regiuni ale lumii și **modul local de alimentație.** După cancerul pulmonar cel al intestinului este al doilea ca frecvență și acest fapt pare să se datoreze unor factori care au intervenit în civilizația veacului nostru, deoarece în țările slab dezvoltate afecțiunea rămîne rară. O incidență crescută asemănătoare o au în țările dezvoltate și boala diverticulară, colita ulceroasă, polipoza, apendicita și hemoroizii. Analiza comparativă a alimentației și a compoziției scaunului în țări cu incidență mare și mică de cancer intestinal găsește diferențe semnificative. La locuitorii primelor predominanța produselor rafinate: pîine albă, produse de patiserie, zaharoase ca și lipsa fibrelor celulozice fac ca tranzitul intestinal să fie întîrziat, consistența scaunului fermă, iar volumul mic. La elevii unor școli din Anglia cercetați comparativ cu cei din Africa, tranzitul este de 89 ore respectiv 35 ore, iar greutatea scaunului de 120 g respectiv 450 g. În aceste condiții un eventual agent cancerigen s-ar găsi mai mult timp în contact cu peretele intestinului, iar concentrația locală ar fi mai mare din cauza volumului redus al fecalelor. În alimentația regiunilor cu puține tumori intestinale predomină alimentația bogată în reziduuri celulozice (banane, pireuri vegetale, cereale puțin prelucrate, orez). Un alt aspect caracteristic îl constituie prezența în scaunele persoanelor cu risc mare tumoral a unui exces de bacterii anaerobe. Se reconsideră acum o veche ipoteză potrivit căreia aceste bacterii ar genera substanțe cancerigene prin dehidroxi-

Scanned with OKEN Scanner

larea sărurilor biliare. Printr-un asemenea proces biochimic din acidul colic ar lua naştere acidul deoxicolic cancerigen, care la rîndul său ar putea fi transformat în metilcolantren, binecunoscuta substanţă cancerigenă de laborator. Riscul tumoral sporeşte cu concentraţia sărurilor biliare, care este mare în cazul unei alimentaţii bogate în grăsimi.
Localizarea de predilecţie a cancerului pe sigmoid şi rect poate fi explicată prin contactul mai strîns al corpilor nocivi la acest nivel prin încetinirea maximă a tranzitului, la care se adaugă proliferarea bacteriană din colonul stîng. Intestinul subţire cu mai puţini microbi şi cu un tranzit rapid este rareori afectat. De altfel aici există o mai bună apărare imunologică asigurată de bogăţia limfoidă şi marile cantităţi de imunoglobuline A.

● Actualităţi în cancerul gastric

Prezenţa **cancerului gastric** exclusiv în cadrul grupei de sînge A ca de altfel şi anemia pernicioasă care îl poate preceda rămîne fără explicaţie deşi se ştie că factorii biologici ai grupelor ABO există în mari concentraţii în epiteliul mucoasei digestive, iar grupele B şi O conferă rezistenţă faţă de această afecţiune.
În prezent se încearcă să se clarifice factorii de mediu datorită cărora cancerul gastric frecvent în Japonia a scăzut în ultimele decenii în S.U.A., devenind foarte rar. Întrucît japonezii emigraţi în California, trăind potrivit obiceiurilor de aici, sînt puţin afectaţi, se presupune că factorul morbid trebuie căutat în alimentaţia japoneză autohtonă. Mai multe studii cu biopsii ale mucoasei gastrice efectuate în Japonia au arătat că saramurile foarte concentrate şi castraveciorii în oţet mult

Scanned with OKEN Scanner

consumați acolo provoacă anomalii ale suprafețelor epiteliale: mitoze, balonări nucleare, strangulări și goluri în structura glandelor gastrice, pierderi superficiale de mucoasă. În Japonia a mai fost incriminată și prezența în tubul digestiv a azbestului provenit din talcul cu care se glasează orezul. Se știe că talcul conține compuși similari azbestului, iar rolul acestuia în apariția tumorilor pleurale și peritoneale la muncitorii industriali a fost bine stabilit. La islandezi frecvența cancerului gastric a fost atribuită consumului mare de pește afumat ca și de carne de oaie conservată prin fum, datorită marelui conținut în derivați de benzopiren al acestuia. Se apreciază că 1 kg carne de oaie afumată aduce tot atîtea hidrocarburi nocive cît 250 țigarete. În prezent sînt admise ca stări precanceroase trei afecțiuni: anemia pernicioasă prin atrofia mucoasei stomacale, polipoza (tendința degenerării maligne fiind mare la formațiunile ce depășesc 20 mm diametru) și gastrita cronică atrofică. Prognosticul cancerului gastric rămîne prost deoarece ani de zile lipsesc manifestări subiective sau obiective mai importante. În ordinea frecvenței, statisticile redau următoarele semne: scădere în greutate, dureri epigastrice, vărsături, inapetență, o stare generală modificată prin astenie, plenitudine, subfebrilitate, senzația de a avea stomac; urmează jenă la palpare, repulsie față de alimente, gust rău în gură.

Sînt apreciate ca semne mai importante: slăbirea, tulburări în abdomenul superior (arsuri, crampe, săgetări, localizate sau difuze), inapetență uneori selectivă pentru carne, scăderea capacității de muncă; vărsături.

Cancerul ulcerat poate avea simptome de tip ulceros. Obiectiv semnele clinice sînt minime, cu excepția durerii locale la palparea tumorii ulcerate.

Diagnosticul va fi precizat de examenul radiologic și gastroscopia obligatorie.

Scanned with OKEN Scanner

Se descriu patru tipuri principale: 1) polipoid solitar; 2) ulcerat cu margine înaltă și contur bine delimitat; 3) cancer ulcerat cu margini difuze sau bine conturate; 4) cancer infiltrant difuz. Marea majoritate (2/3) din cazuri sînt mixte. Imaginea radiologică evidențiază la tumoarea polipoidă un defect de umplere, la cea infiltrativă rigiditatea peretelui, iar la cea ulcerată nișa.
Rezultate mai bune în diagnosticul precoce îl aduce tripla cercetare: 1) radiologică, 2) gastroscopică și 3) citologică (executată fie prin metoda abrazivă care mătură peretele cu o perie, fie prin lavaj gastric).
Importanța chimismului gastric este mică, tumorile operabile nefiind însoțite de aclorhidrie. În schimb un ulcer, la care după stimularea maximă cu histamină persistă aclorhidria, este sigur malign. V.S.H. de asemenea nu ajută diagnosticul. În schimb prezența sîngelui în scaun și anemia în hemogramă obligă la căutarea tumorii. La nevoie se va folosi și laparotomia.

Tratamentul hepatitelor cronice

Tratamentul hepatitelor cronice deși continuă să plutească în nesiguranță, medicația imuno- și mezenchimosupresoare ameliorează cert formele agresive, cu evoluție accelerată.
Pînă acum nici un medicament nu și-a dovedit în mod obiectiv eficiența în tratamentul hepatitelor cronice persistente a căror evoluție rămîne timp îndelungat bună. În hepatita cronică agresivă caracterizată printr-o infiltrație limfoplasmocitară a lobulului hepatic și reacții imunologice, cam 30% din cazuri au o evoluție blîndă.

Scanned with OKEN Scanner

De aceea tratamentul este necesar doar în formele progresive cu activitate inflamatorie intensă, după cum atestă valoarea mult crescută a gammaglobulinelor.

I. *Terapia imunosupresoare* dispune în prezent de două medicaţii: corticoterapia şi azathioprina. Corticoterapia se aplică cu Prednison începînd cu 25—50 mg/24 ore reducînd lent în 4 săptămîni la doza de întreţinere: 10—15 mg/24 ore, menţinută mai mult timp pentru a evita recăderile. În ameliorarea generală remarcăm dispariţia asteniei, anorexiei, artralgiilor, subfebrilităţii. Bilirubinemia şi transaminazele scad, dar tabloul histopatologic este puţin influenţat. Azathioprina (Imuran) aduce de asemenea rezultate încurajatoare. Se începe cu 1,5—3 mg/kilocorp/24 ore, doză ce se menţine pînă la normalizarea gammaglobulinelor şi transaminazelor. Se scade apoi la doza de întreţinere: 1—1,5 mg/kilocorp/24 ore. Cu un asemenea dozaj nu s-au observat tulburări hepatocolostatice şi nici hematotoxice. O metodă superioară o reprezintă asociaţia de întreţinere: corticoterapie 5—10 mg/24 ore + Azathioprina 0,75—1,5 mg/kilocorp/24 ore, ceea ce permite un dozaj mic deci cu mai puţine efecte secundare şi o eficienţă sporită.

II. *Tratamentul mezenchimosupresor* se efectuează cu D-Penicillamina, acid aminat rezultat din clivarea moleculei de penicilină. Curent folosită pentru acţiunea sa chelatoare faţă de biometale în boala Wilson şi intoxicaţii metalice, D-Penicillamina deţine în plus proprietatea depolimerizării macroglobulinelor blocînd astfel metabolismul colagenului. Utilizată în medicina internă în poliartrita cronică evolutivă, a fost în ultimul timp introdusă şi în hepatitele agresive.

Doza sa iniţială este de 1 500—1 800 mg/24 ore (3×2 tablete/24 ore Metalcaptase) iar cea de întreţinere de 600—900 mg/24 ore.

Scanned with OKEN Scanner

Antagonismul său față de vitamina B_6 impune o pregătire prealabilă cu piridoxină (zilnic 250—300 mg) în cele trei zile dinaintea administrării continuînd apoi cu 80—120 mg/24 ore. Efectele sale secundare nu sînt neglijabile: mai des greţuri, mai rar alergii cutanate cu exanteme şi eozinofilie, fenomene gen lupus eritematos, tumefacţia gingiilor, tulburări ce se pot corecta parţial cu vitamina B_6. Indicaţia sa o reprezintă insuccesele corticoterapiei şi Azathioprinei. Dacă la cirozele constituite efectele sale sînt minime sau lipsesc, la hepatitele agresive ameliorează starea clinică o dată cu tendinţa de normalizare a gammaglobulinelor şi transaminazelor serice crescute.

● Tratamentul pancreatitei acute

Tratamentul de bază al pancreatitei acute rămîne: analgezia suficientă, aspiraţia nazogastrică (combate ileusul intestinal şi linişteşte pancreasul), reechilibrarea hidrică (volumul plasmatic scade cu 30—40%) astfel ca fluxul urinar să fie de cel puţin 30 ml/oră, reechilibrarea electrolitică înlocuind sarea dar şi ionii de calciu şi magneziu, administrarea vitaminelor B mai ales la alcoolici. În cazuri severe se perfuzează albumină umană sau sînge. Anticolinergicele (exemplu: atropina) teoretic utile deoarece ar micşora secreţia pancreatică, predispun la tahicardie, retenţie urinară şi ileus. Antibioticele folosite curent nu pot preveni abcesele pancreatice.
Se mai impune recunoaşterea la timp a coagulării difuze intravasculare şi combaterea ei cu heparină. În caz de insuficienţă respiratorie se va aplica ventilaţia mecanică. La nevoie, dializă peritoneală. În ultimii ani s-au mai adăugat trei medicaţii:

Scanned with OKEN Scanner

a) Trasylolul, inhibitor al enzimelor proteolitice deci şi al tripsinei, util în doze mari dar cu efect controversat la un dozaj mai mic.
b) Glucagonul, hormon secretat de celulele alfa din insulele pancreasului, ameliorează în mod remarcabil tabloul clinic blocînd secreţia pancreatică şi mărind fluxul sanguin splanhnic.
c) Perfuzia cu insulină 20 unităţi la 1 l glucoză 5,5% + 80 mmol. Na, în prima oră 300—400 ml cu un total de 2 l/24 ore. Rezultatele sînt foarte bune în prima zi, mai puţin evidente în următoarele. Acţiunea insulinei constă din inhibarea unei lipaze din celulele adipoase ale abdomenului a cărei activare produce necroza grăsimilor, durerile atroce şi marea sensibilitate peritoneală. Intervenţia chirurgicală precoce nu pare să ofere avantaje în plus faţă de toate aceste măsuri.

Icterele medicamentoase

Patologia iatrogenă a ficatului nu trebuie subestimată deoarece s-a stabilit că 5% din icterele internate într-un serviciu de specialitate sînt de origine medicamentoasă. Afectarea ficatului are trei aspecte principale:
1. Necroză hepatică cu icter hepatocelular şi transaminaze crescute ca după anestezie cu Halotan sau cură prelungită de Izoniazidă (hidrazida acidului izonicotinic);
2. Steatoză, de exemplu după doze mari de tetraciclină administrată parenteral (ca în tratamentul pielonefritelor). Icterul şi transaminazele sînt reduse;
3. Icter colestatic imitînd icterul mecanic: coloraţie intensă, prurit, transaminaze uşor crescute, dar fosfatază alcalină mare. Se întîlneşte după estolatul de eritromicină, compuşi organici arsenicali, anticoncepţionale orale, steroizi anabolizanţi.

Scanned with OKEN Scanner

În clinică întîlnim un sindrom foarte apropiat de hepatita cronică activă cu evoluţie cirogenă după Izoniazid. Alfametildopa (Dopegyt, Aldomet), Oxifenisatin (Fenisan, Laxen, Isacen), unele sulfamide, de asemenea după Methotrexat datorită acţiunii sale toxice asupra hepatocitelor.

În mecanismul hepatitei medicamentoase se admite mai puţin o acţiune toxică directă asupra celulelor cît una indirectă, printr-o interacţiune cu un metabolit sau o interferare cu seria proceselor biochimice normale din ficat.

În alte cazuri există o idiosincrazie.

Suspectăm o alergie cînd hepatita apare după o sensibilizare de cîteva săptămîni, icterul evoluează cu febră, *rash*, eozinofilie iar tulburările hepatice reapar la reluarea medicamentului într-o doză oricît de mică.

Halotanul provoacă un sindrom brutal la 1—2 săptămîni de la anestezie: febră, greţuri, vărsături, icter. Bilirubina ajunge la 25 mg% sau mai mult, transaminazele sînt foarte mult crescute: 500—5 000 unităţi. Există leucocitoză cu eozinofilie (30—40%). Puncţia hepatică găseşte alterări similare celor din hepatita virală. Reacţia toxică la Halotan se întîlneşte de obicei la femei vîrstnice, obeze. În 2/3 din cazuri pacientele au mai fost anesteziate cu Halotan de 1—2 ori. Medicaţia antireumatismală şi analgetică poate produce leziuni citotoxice, dar şi icter colestatic (de ex. Fenilbutazona, Propoxifen, salicilaţii şi acetaminofenul în doze mari). Clorpromazina, steroizii anabolizanţi alkilaţi la C 17, după un dozaj prelungit pot produce icter colestatic: fosfataza alcalină crescută, transaminaze uşor mărite. Puncţia biopsică găseşte trombi biliari în canalicule, dar spaţiile porte şi parenchimul hepatic apar normale. Prognosticul este bun.

Izoniazida ca şi etionamida (Trecator, Nizotin) dau în 1% din cazuri tulburări hepatice simulînd hepatita virală:

Scanned with OKEN Scanner

anorexie, vărsături, astenie, icter. Transaminazele pot depăși 3 000 unități. Uneori, în a doua lună de administrare a Izoniazidei transaminazele pot crește la 200 unități, dar scad ulterior deși tratamentul continuă. Rifampicina (Rifadin) fiind normal desacetilată de ficat poate da rareori icter după 20—30 zile. Potențializează hepatotoxicitatea hidrazidei. Metotrexatul folosit în terapia leucozelor, a unor tumori solide și a psoriazisului poate produce după tratament prelungit degenerescență grasă cu evoluție cirogenă. Hipotensorul Alfametildopa produce în 1% din cazuri icter de tip hepatocelular cu alterări degenerative difuze atît prin toxicitate celulară directă cît și consecutiv unui proces de hipersensibilitate. Fenisanul, laxativ mult folosit, poate provoca o hepatită cronică cu necroze și infiltrații inflamatorii reversibilă doar parțial după constituire.
Vom suspecta originea medicamentoasă ori de cîte ori un icter evoluează cu febră și eozinofilie.
Tratamentul este cel clasic: mai multe glucide: 400—500 g, proteine 70—100 g/zi. În icter colestatic cu prurit intens ajută corticoterapia și Colestyramina.

● Tratamentul cu fenobarbital al colostazei intrahepatice, benignă, recidivantă

Afecțiunea a fost descrisă inițial de Summerskiel și Walshe. Pentru precizarea diagnosticului analizele de biochimie și biopsia au eliminat tablouri clinice asemănătoare însoțite de colostază: hepatitele virale, icterul mecanic, colostaza toxică, icter cu creșterea predomi-

Scanned with OKEN Scanner

nantă a bilirubinei neconjugate. Colostaza benignă poate recidiva timp de 3 ani, cu puseuri icterice de 2—3 luni. Corticoterapia cu Prednison a dus la rezultate pasagere. La un copil de 15 luni, Fenobarbitalul administrat 0,7 mg/kilocorp îndelungat a făcut să dispară lent icterul şi să nu mai recidiveze. Histopatologic de asemenea a dispărut colostaza. Eficienţa derivaţilor barbiturici la un icter produs de creşterea bilirubinei conjugate arată că acţiunea lor nu se limitează la stimularea glicuroniltransferazei ci se exercită asupra tuturor enzimelor care iau parte la eliminarea ei.
În cazul colostazei intrahepatice recidivante există probabil o scădere genetică a activităţii enzimatice care, prin asocierea unor factori necunoscuţi, se intensifică ajungîndu-se la puseuri icterice.

● Alfa-feto-proteina [AFP] şi hepatopatiile

Alfa-feto-proteina este o globulină produsă de sacul vitelin apoi de hepatocitele embrionare pînă în săptămîna a 12-a de viaţă intrauterină, după care descreşte treptat pînă la naştere ajungînd la valori neglijabile în primul an de viaţă. Este din nou secretată în cantităţi mari de ţesutul tumoral hepatic fiind considerată un indicator fidel al cancerului primitiv. Imunodifuziunea pe geloză, metodă iniţial de dozaj avînd o sensibilitate redusă, a permis mai mult o apreciere calitativă a AFP din circulaţia sanguină. Cu metoda radioimunologică foarte sensibilă s-a ajuns la un dozaj de finețe, în nanograme, constatîndu-se că AFP este totuşi prezentă şi la adultul normal dar în cantităţi extrem de mici:

Scanned with OKEN Scanner

2,6 ng/ml cu limita superioară de 6 ng/ml, nedepăşindu-se în general cifra de 10 ng/ml.
Folosindu-se acest procedeu s-au evidenţiat creşteri peste aceste limite la o serie de afecţiuni hepatice benigne dar în special la hepatita virală.
Se pot separa trei grupe:
1. În *cancerul primitiv al ficatului* ca de altfel şi în cancerul embrionar al gonadelor, AFP dozată radioimunologic oscilează între 40—500 ng/ml dar la 48% din cazuri depăşeşte 3 000 ng/ml. Repetarea dozării permite urmărirea evoluţiei tumorale după o hepatectomie. În stadiul actual, dozarea AFP reprezintă cel mai sensibil diagnostic al hepatomului. Cu ajutorul metodei se pot face şi diferenţieri între formele de cancer hepatic din Africa şi Europa. La negrii Bantu evoluţia este rapidă, timpul de dublare al tumorii fiind de 10 zile. În Europa la 2/3 din cazuri cancerul hepatic primitiv se dezvoltă pe un teren cirotic preexistent. Supravegherea cirozelor prin dozarea AFP permite descoperirea la timp a hepatomului. Nu se cunoaşte încă cu precizie locul secreţiei AFP: poate fi vorba de o depresiune a genomului responsabil de secreţia acestei globuline sau de apariţia sa la nivelul unor celule care nu au pierdut niciodată capacitatea secretorie după cum dovedeşte persistenţa acelei mici secreţii fiziologice.
2. *Hepatita virală*. Cazurile pot fi încadrate în două grupe: a) creştere moderată în jur de 12 ng/ml; b) creştere mai mare: 129 ng/ml. Rareori valorile au fost extrem de mari. Creşterea AFP pare să fie independentă de a transaminazelor, dar unii fac o legătură între persistenţa antigenului Australia şi valorile lor mari. Se consideră că AFP ar deţine un rol imunosupresor responsabil de persistenţa antigenului viral. După unele aprecieri prezenţa valorilor mari de AFP ar indica o regenerare favorabilă în hepatita fulminantă, dar alţii

Scanned with OKEN Scanner

găsesc aceste creşteri cînd biopsia hepatică evidenţiază necroză şi inflamaţie puternică.
3. *Cancerul secundar al ficatului.* La bolnavi cunoscuţi cu neoplazii depistarea unor valori mai mari de AFP ar indica prezenţa metastazelor hepatice.
4. *Alte hepatite:* hepatita alcoolică acută, icterul colostatic benign nu modifică AFP. La nou-născut ajută diagnosticul icterului: cel datorit atreziei căilor biliare faţă de cel congenital în care AFP creşte prin lipsa de maturizare a hepatocitelor, care secretă mai departe această globulină fetală. În hepatita cronică activă se găsesc valori moderat crescute datorită existenţei necrozei. În ciroza hepatică creşterea AFP este moderată, dar decelarea unor valori de peste 500 ng/ml indică degenerarea tumorală iminentă.

● Hepatita virală — 1975

Pe baza datelor epidemiologice se descriu astăzi două tipuri de hepatită virală. Hepatita A sau hepatita infecţioasă, transmisă pe cale digestivă, cu o incubaţie scurtă: 15—45 zile şi hepatita B sau hepatita serică, transmisă parenteral, cu o incubaţie lungă: 50—180 zile. Studii recente stabilesc:
1. Tabloul clinic al hepatitei virale mai poate fi produs şi de alte boli infecţioase: virusul citomegalic, virusul Epstein-Barr, toxoplasmoza şi mononucleoza infecţioasă.
2. Ambele hepatite virale — A şi B — pot fi transmise atît pe cale orală cît şi parenterală.
3. Ar mai exista o a treia hepatită virală C, cu o incubaţie intermediară între hepatita A şi B.
Aceste virusuri nu au putut fi încă multiplicate pe culturi de ţesuturi.

Scanned with OKEN Scanner

Hepatita A apare sporadic sau în epidemii cu tendință de periodizare la 7 ani. Se transmite pe cale fecal-orală prin apă, alimente contaminate sau direct de la persoană la persoană. Virusul infectant poate fi găsit în sînge în stadiul preicteric dar dispare o dată cu instalarea icterului. Punerea la punct a procedeelor imunologice pentru identificarea antigenului specific HAAg și anticorpilor respectivi anti-HA, arată că hepatita A este o afecțiune comună a omului, dar care se manifestă clinic ocazional.

Într-adevăr, cercetări în mase largi de populație găsesc atît antigenul cît și anticorpii.

Administrarea profilactică a gammaglobulinelor micșorează incidența clinică a bolii.

Hepatita B, considerată cu transmitere exclusiv parenterală, de la descoperirea antigenului Australia de către Blumberg în 1965 astăzi denumit HBsAg, se știe că poate fi contractată și pe cale orală. Într-adevăr HBsAg este prezent adesea în salivă. Așa se explică contagiunea de familie prin purtători aparent sănătoși. Afecțiunea poate avea uneori un caracter clinic inaparent păstrîndu-și însă contagiozitatea prin contact personal. Mai poate fi transmisă prin țînțari, scoici contaminate și cimpanzei. În prezent toate cazurile de hepatită posttransfuzională sînt atribuite acestui agent etiologic deși incubația este mai mică de 50 zile. Îndepărtarea donatorilor plătiți și depistarea antigenului HBs i-au scăzut mult incidența. Determinări largi au precizat că 0,5% din populație poartă HBsAg avînd potențial infectant, iar aproape 25% din adulții tineri conțin anticorpi, ceea ce indică contactul cu boala.

Termenul HBsAg se referă la antigenul de formă sferică sau filamentoasă existent atît în serul infectant cît și la suprafața particulelor Dane considerate ca reprezentînd virusul hepatitei B.

Scanned with OKEN Scanner

HBsAg apare în ser înaintea instalării tabloului clinic şi a creşterii transaminazelor şi dispare în convalescenţă. Prin persistenţa sa în ser generează purtători cronici mai des după hepatite anicterice. Aşa se explică lipsa unei hepatite evidente, cu icter în antecedentele cazurilor de hepatită cronică agresivă.
Există mai multe subtipuri antigenice (a comun, d, y, w sau r prezente în diferite asocieri) cu răspîndire geografică diferită.
Serul care conţine HBsAg inactivat prin căldură conferă imunitate activă împotriva hepatitei B, dînd astfel speranţe pentru o viitoare vaccinare. Preparatele gammaglobulinice care conţin anticorpi HBs, protejează pasiv împotriva bolii şi scad incidenţa îmbolnăvirilor cînd infecţiozitatea nu este masivă.
Hepatita C. În ciuda măsurilor luate frecvenţa hepatitelor după transfuzii rămîne relativ mare. Pacienţi supuşi chirurgiei cardiace primind în medie 12 transfuzii au în 20% din cazuri icter clinic fără a se depista semne serologice de hepatita A şi B. Se presupune în consecinţă existenţa unei a traia forme, C. Hepatita virală are o asemănare certă cu poliomielita: este o afecţiune infecţioasă comună, larg răspîndită, dar care produce doar ocazional un tablou clinic. Metoda ideală de luptă împotriva bolii ar fi imunizarea activă posibilă pentru hepatita B şi speculativă deocamdată pentru hepatita A.

• Tumorile carcinoide

Descoperirea tumorilor carcinoide poate fi datorată activităţii lor endocrine, tulburărilor locale: stenoză, hemoragii, complicaţiilor la distanţă cum ar fi cele cardiopulmonare dar şi întîmplării deoarece unele nu sînt secretante (de ex. carcinoidul apendicular).

Scanned with OKEN Scanner

Simptomatologia este determinată de existența sindromului secretor caracterizat de asocierea: eritem cutanat în pete, survenind în crize *(rash)* + accese de astm + diarei explozive însoțite de colici abdominale. Dintre tulburările tardive cele mai importante sînt: fibroza endocardică a inimii drepte cu stenoză pulmonară și insuficiență tricuspidă, cianoză permanentă, modificări pelagroide ale pielii, scădere ponderală.

Principalele substanțe secretate sînt: serotonina (5-hidroxitriptamina) responsabilă de simptomele abdominale și două dintre kinine: bradikinina și kallidina care produc *rash*-ul. Se mai cunoaște o tumoare carcinoidă atipică, mai des localizată gastric în care eritemul este roșu-deschis, iar tulburările abdominale reduse. Din cauza serotoninei și kininelor bolnavii cu carcinoide au tendința de a face edeme.

În precizarea *diagnosticului* se folosește mai puțin determinarea serotoninei cît a principalului său metabolit 5-hidroxindolacetic în urina de 24 ore. Întrucît se descompune în scurt timp în mediul neutru și alcalin urina de 24 ore va fi acidificată cu 10 ml acid clorhidric 10%. În perioada recoltării analizelor se vor evita alimentele cu un conținut crescut de serotonină cum ar fi bananele și nucile.

Rezultatele mai pot fi modificate de medicamente ca: Reserpina, Alfa-metildopa (Aldomet, Dopegyt), Izoniazida, tranchilizantele, preparatele contra tusei cu guaiacol. În mod normal cantitatea de 5-hidroxindolacetic în 24 ore este de 2—10 mg. Valori de peste 25 mg sînt foarte semnificative pentru sindromul carcinoid. Între 10—25 mg în 24 ore, considerăm rezultatul ca dubios și vom repeta analiza. Cantități mici din acest metabolit serotoninic se mai găsesc în *sindromul dumping*, în bolile Crohn și Whipple.

Întrucît serotonina eliberată este preluată de trombocite ea poate fi determinată la nivelul lor cu metode spectro-

Scanned with OKEN Scanner

fotometrice. Cînd diagnosticul întîmpină dificultăţi putem aplica procedee de provocarea secreţiilor hormonale, în care caz vor apare şi tulburările clinice cunoscute. În acest scop vom utiliza alternări de temperatură, presiuni mecanice pe tumori (de ex. apăsarea ficatului în caz de metastaze), băuturi alcoolice sau amine simpatomimetice. Injectarea intravenoasă a 1—10 μg adrenalină sau noradrenalină provoacă, în caz de tumori carcinoide, eliberări mari de serotonină şi derivaţi.

Tratamentul este în mod principal chirurgical, radioterapia şi chimioterapia avînd o eficienţă limitată.

Pentru precizarea poziţiei tumorii care poate avea dimensiuni mici se va folosi examenul radiologic cu bariu, irigoscopia şi endoscopia. Angiografia, scintigrafia şi sonografia vor fi utilizate pentru descoperirea metastazelor. Endoxanul (Ciclofosfamida) într-un dozaj mediu de 100 mg zilnic poate aduce rezultate chiar de durată. În rest tratamentul medicamentos este simptomatic. Se utilizează în primul rînd antagoniştii de serotonină: Methysergid (Deseril) şi Cyproheptadin (Periactinol, Nuran) care ameliorează în special crizele abdominale. Rezultate asemănătoare se mai obţin şi cu Pizotifen (Sandomigran). Derivaţii de cortizon (de ex. Metilprednisolon) reduc numărul şi intensitatea crizelor eritematoase. Rezultate bune se mai obţin cu inhibitorii de catecolamine ca Phentolamina (Regitin), dihidergotamina, alcaloid de secară cornută, dar antagoniştii kininelor (ca de ex. Trasylolul), deşi teoretic activi, practic sînt puţin eficienţi.

Combaterea edemelor se va face cu diuretice, iar a insuficienţei cardiace drepte prin digitalizare. Pentru evitarea modificărilor pelagroide se recomandă vitamine, în special PP.

Scanned with OKEN Scanner

Giardioza sau lambliaza

Giardioza sau lambliaza trebuie inclusă curent în diagnosticul diferențial al diareei, fiind o cauză de diaree epidemică, dar mai ales a unui tablou cronic de tulburări digestive simulînd ulcerul gastroduodenal, colecistita și gastroenterita. La copii poate fi cauza unui sindrom de malabsorbție, mai ales cînd se asociază și un teren deficitar imunologic. Pe o serie de 324 pacienți cu această afecțiune frecvența simptomelor a fost următoarea: diaree 96%, astenie 72%, scădere ponderală 60%, crampe abdominale 61%, grețuri 60%, scaune cu aspect murdar, gras 57%, distensie abdominală 42%, flatulență 35%, vărsături 29%, eructații 26%, febră 17%. Flagelatul *giardia (lamblia intestinalis)* este un agent frecvent al diareelor la turiști deplasați în diverse părți ale lumii. Forma acută poate simula dizenteria amebiană, bacilară sau infecția cu *Salmonella*, dar în diagnostic ne ajută scaunele rău mirositoare distensia mare abdominală cu flatusuri, lipsa sîngelui și a puroiului în fecale.

Forma subacută pe lîngă diareea episodică cu scaune specifice prezintă o simptomatologie generală: dureri difuze abdominale, arsuri substernale, eructații cu miros neplăcut, anorexie, oboseală, senzație de rău general.

Adesea pacientul este supus unor examinări radiologice inutile.

Forma cronică prezintă de asemenea o periodicitate a scaunelor diareice însoțite de flatulență și distensie abdominală, dar paraziții ca și simptomatologia dispar la anumite intervale de timp pentru a reapare spontan.

Scanned with OKEN Scanner

Patogenie. Paraziții populează regiunile superioare ale intestinului subțire, mai rar căile biliare.
Microscopia electronică efectuată pe biopsii de mucoasă jejunală găsește trofozoizii în imediata vecinătate a mucoasei iritînd-o mecanic prin succiune, dar totodată atacînd epiteliul de înveliș al microvilozităților. *Intensitatea diferită a simptomelor* subiective și obiective se datorește terenului oferit de gazdă, principalii factori de sensibilitate fiind lipsa acidului clorhidric și deficitul mecanismelor imune.
Cercetările au evidențiat scăderea secreției locale de imunoglobuline A al căror rol principal constă din apărarea mucoaselor. Un alt aspect îl constituie insuficiența enzimelor dizaharidaze a cărei origine poate fi însă dublă: congenitală (așa cum se întîmplă în carența imunoglobulinelor) sau cîștigată (ca urmare a unor alterări produse de către paraziți la nivelul vilozităților intestinale). În ambele cazuri asistăm la o intoleranță față de lactoză.
Diagnosticul este relativ ușor, examinînd scaunele fie prin frotiu direct fie prin testele cu formol-eter sau sulfat de zinc. Avînd în vedere că paraziții apar în scaun periodic în raport cu fazele lor de înmulțire, se vor examina 3 sau mai multe scaune la interval de 1—2 zile. Cu excepția formelor acute, în care scaunele conțin parazitul ca atare, în rest el se prezintă sub formă de chist, foarte rezistent, astfel că nu este necesar să se examineze scaunul cald.
Dacă lipsesc din fecale mai pot fi căutați în sucul duodenal, dar metoda cea mai sigură este biopsia de intestin subțire. La nevoie ne poate elucida un tratament de probă cu atebrină. Vom reține faptul că antibioticele, antiacidele, preparatele cu caolin, laxativele uleioase pot cauza dispariția temporară a flagelatului.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament. Atebrina (Mepacrin, Acrihin) este remediul optim asigurînd 95% vindecări într-un dozaj la adulți de 100 mg×3/zi, timp de 7 zile. Dintre efectele secundare minore amintim: cefalee, tulburări digestive, colorație galbenă a urinii. Dintre cele majore, reversibile: erupții eritematoase ducînd la dermatită exfoliatrice, febră, vărsături, tulburări neurotoxice depresive sau cu agitație. Medicamentul este contraindicat la cei cu nevroză în antecedente sau suferind de psoriazis. La copii se recomandă următoarea schemă:

— Peste 8 ani 100 mg×3—7 zile.
— Între 4—8 ani 50 mg×3—7 zile.
— Între 1—4 ani 50 mg×2—7 zile.

Metronidazol (Flagyl), al doilea medicament ca eficiență. Doza zilnică la adulți: 250 mg×3, cură de 7 zile. Rezultatele sînt mai puțin bune în formele acute (30% recăderi) dar foarte bune în cele cronice. Este bine cunoscută intoleranța la alcool în timp ce se ia medicamentul. Schema de administrare:

— sub 13,5 kg, 125 mg×2—10 zile;
— între 14—18 kg, 125 mg×3—10 zile;
— între 18,5—27 kg, 250 mg×2—7—10 zile;
— peste 27 kg, 250 mg×3—7—10 zile.

Furazolidon (nitrofurantoin) agent antimicrobian asigură 80% vindecări în lambliază. Poate fi administrat în tablete și suspensie pe cale bucală pentru copii. Colorează ca și Metronidazolul urina în brun, fără ca această colorare să însemne o hemoliză. În cazuri foarte rare produce erupții cutanate, febră sau tulburări gastrointestinale.

Profilaxie. Chistul de *Giardia* rezistă 1—3 luni în apă rece sau călduță, dar este rapid distrus la 50°. În apă clorinată 0,5% rezistă 2—3 zile, dar dispare rapid la

Scanned with OKEN Scanner

contactul cu substanţele iodate în diluţia recomandată pentru dezinfectarea apei. Sursele curente ale infectării sînt: apa de robinet contaminată, gheaţa, îngheţata ori băuturile la a căror preparare s-a folosit o asemenea apă, vegetalele şi fructele. După cum în malarie şi leishmanioză poate exista o imunitate cîştigată faţă de infestări, tot astfel o serie de persoane pot prezenta o rezistenţă naturală faţă de lamblii.

Dr. GH. STOICESCU

Scanned with OKEN Scanner

Actualităţi în bolile renale

Consideraţii generale

Rinichiul deţine un rol important în funcţionalitatea normală a organismului. Împreună cu inima şi sistemul nervos, rinichiul constituie obiectul de investigaţii şi terapie intensivă în reanimarea stărilor grave care periclitează echilibrul vital (accidente, arsuri întinse, zdrobiri, intervenţii chirurgicale mari). Importanţa mare pe care o deţine rinichiul se datoreşte rolului de menţinere a constantelor mediului intern (izotermia, izoonchia, izotonia, izohidria, izoionia) şi de eliminare a deşeurilor metabolice cu potenţial toxic, pentru ca reacţiile biologice ale celulelor — fine şi multiple — să se poată desfăşura în condiţii optime. Echilibrul acido-bazic, factor important în economia organismului, este întreţinut de constelaţia rinichi, piele şi plămîn, de raportul dintre anioni (Cl^-, HCO_3^-, OH^-, HPO_4^-) şi cationi (Na^+, K^+, H^+, Ca^{++}). În timp ce pH sanguin se menţine la un uşor grad de alcalinitate avînd variaţii mici (7,30—7,45), pH urinar are variaţii mari de la

Scanned with OKEN Scanner

aciditate francă la alcalinitate. Această suplețe a reacției urinare, împreună cu variațiile densității sau osmolarității ei, constituie semne peremptorii ale integrității renale.

Fixarea cadrului nosologic al unei nefropatii implică utilizarea unor criterii menite să testeze starea funcțională a rinichiului.

Aceste criterii sînt complexe, corelate cu varietatea nefropatiilor, și constau din teste fiziopatologice precise și reproductibile — „Clearance-uri" — examen histologic al fragmentului renal obținut prin puncție biopsică precum și examenul anamnestic și clinic, care nu a decăzut din rolul lor vechi.

● **Testul de epurare** — clearance — reprezintă volumul de plasmă sanguină pe care rinichiul o epurează de o anumită substanță în interval de un minut.

Se utilizează în acest scop o substanță, cu afinitate pentru anumite structuri renale, marcată cu izotopi radioactivi ușor decelabili.

— *Cl glomerular* se măsoară prin substanțe filtrate de glomeruli, fără să fie reabsorbite de tubii uriniferi. Se recurge la *Inulină* sau *Manitol* marcat cu ^{131}I sau ^{125}I și măsoară *filtratul glomerular* (F.G.). La tineri sănătoși F.G. este de 125 ± 25 ml/min., la femei 115 ± 15 ml/min.; scade cu vîrsta la valori sub 100 ml/min. datorită glomerulitelor scleroase senile, ceea ce explică scăderea filtratului glomerular și retenția azotoasă la vîrstnici după o infecție intercurentă ușoară. Această probă necesită: perfuzii cu soluție de Inulină sau Manitol într-o anumită concentrație pentru a menține în sînge un titru constant, și cateterism uretral uneori greu de făcut. Clearance-ul la creatinina endogenă este ușor de efectuat necesitînd 2 probe de sînge și 2 probe de urină, ambele la interval de două ore; rezultatul nu este foarte precis; creatinina crește cu dezvoltarea musculaturii subiectului și variază cu tehnica dozării care se face prin metoda colorimetrică

Scanned with OKEN Scanner

și poate include în calcul și alți cromogeni; rezultatul testului este ceva mai mare decît cele care întrebuințează substanțe chimice străine și anume: 135 ± 35 ml/min. la bărbați și 115±25 ml/min. la femei. Se mai folosește testul cu E.D.T.A. marcat cu ^{51}Cr, cu tiosulfat de sodiu, uree etc. Scade în toate cazurile de glomerulonefrită acută difuză, dar nu întotdeauna la începutul bolii. Filtratul glomerular formează urina primară, în cantitate de 150 l, care — prin resorbția tubulară — se reduce la 1 l/2 l constituind urina definitivă.

— *Proba capacității maxime de secreție tubulară* Tm_{PAH} (normal = 78—90 mg/min.) ca și *proba capacității maxime de resorbție a glucozei* Tm_G (normal bărbați = 375 ± 79,7 ml/min., femei 303±55,3 ml/min.) sînt mai greu de efectuat și nu sînt specifice pentru tubulopatii, fiind pozitive și în pielonefrite, insuficiența renală acută și cronică și în unele glomerulonefrite.

— *Clearance-ul la PAH* sau diodrast determină un parametru important — fluxul plasmatic renal (F.P.R.) — deci irigația renală și este la bărbați de 650±160 ml/min. și la femei 590±150 ml/min. Reducerea lui indică ischemia renală din nefropatiile cronice, embolii, stenoze arteriale, nefroangioscleroze. *Fracțiunea filtrată* (F.F.) prin glomeruli se calculează prin raportul dintre F.G. și F.P.R. și are valori normale de 19,2 ± 3,5; scade în glomerulopatii și crește în vasculopatii renale.

• **Examenul histopatologic** mai frecvent întrebuințat ca în trecut, este un alt criteriu obiectiv de diagnostic și se face prin puncție-biopsie. Această manoperă reclamă anumite cercetări prealabile: probele de coagulare, sedarea bolnavului, fixarea exactă prin radiografii a poziției rinichiului, profunzimea la care se introduce trocarul, repausul și supravegherea după puncție. Fragmentul biopsic se studiază la microscopul optic și la cel electro-

Scanned with OKEN Scanner

nic, în anumite nefropatii cronice cu evoluție anormală sau cu etiologie rară (boli de colagen — periarterită nodoasă, lupus eritematos —, infiltrații interstițiale renale etc.).

Principii generale actuale de tratament

• **Echilibrul hidroelectrolitic** este deseori perturbat fie prin carență, fie prin exces.

— Exicoza se recunoaște prin pliul cutanat persistent, hipotonia globilor oculari, uscăciunea mucoaselor și creșterea hematocritului peste 50%; determină creșterea metaboliților azotoși în sînge și scăderea filtratului glomerular.

— Hiperhidratarea extracelulară produce edem, decelabil inițial prin creșterea greutății corporale. Hiperhidratarea celulară provoacă simptome cerebrale — convulsii tonice sau clonice — și se combate cu injecții de Furosemid, dializă peritoneală sau rinichi artificial.

— Hiperkaliemia este însoțită de acidoză, iar hipokaliemia mai ales de alcaloză. În nefrologie prezintă o mare importanță acidoza, care împreună cu creșterea potasiului (K^+) constituie un semn de gravitate și de alarmă. În timp ce pH sanguin se menține la un ușor grad de alcalinitate cu variații foarte mici între 7,30—7,45 (pH = 7 reprezentînd neutralitatea adică egalitatea cationilor H^+ cu anionii OH^-), urina are variații largi — de la aciditate cu pH = 4 la alcalinitate cu pH = 8. Elasticitatea urinii în ceea ce privește reacția și osmolaritatea (sau în mod practic densitatea) este — alături de fixitatea sîngelui — cel mai sigur criteriu de normalitate. Reacția sîngelui și a umorilor se stabilește prin calcularea rezervei alcaline (normal 50—60 vol. CO_2%), care scade în acidoză și

Scanned with OKEN Scanner

crește în alcaloză. Tratamentul acidozei se face prin perfuzii de THAM, bicarbonat de sodiu 12,5% și regim lacto-vegetarian. (Alcaloza survine în insuficiență paratiroidiană, spasmofilie, hiperpnee.) În nefropatii tubulare sau tubulointerstițiale rinichiul pierde capacitatea de acidifiere și alcalinizare ceea ce arată că echilibrul acido-bazic este o funcție tubulară.

● **Hiperkaliemia** constituie o urgență medicală. Ea poate induce o moarte subită prin stop cardiac datorită modificării potențialului de membrană al celulelor miocardice, transmineralizare sau alte mecanisme încă necunoscute. Combaterea ei trebuie începută imediat prin injecții i.v. de ser glucozat + insulină, perfuzii cu bicarbonat sau lactat de sodiu (ionul Na^+ este interșanjabil cu K^+ la anumite structuri ale rinichiului), clisme cu rășini schimbătoare de ioni, substanțe anabolice (catabolismul eliberînd potasiul din proteine prin scindarea lor) — Acetat de clortestosteron, Madiol etc. — și fără alimente bogate în K^+ (fructe proaspete sau presate). Hemodializa prin rinichi artificial este însă tratamentul cel mai activ pentru epurarea sîngelui.

— *Hipokaliemia* este mai puțin periculoasă; ea poate determina hipotonia mușchilor scheletici și viscerali mergînd uneori pînă la pareze; se combate prin săruri de K — clorură, gluconat, citrat — și un regim alimentar hiperkaliemic.

— *Hipernatremia* extracelulară induce reținerea apei și edemul care poate fi periferic sau visceral. Tratamentul se realizează prin suprimarea din alimentație a NaCl și a tuturor sărurilor de sodiu, eventual diuretice osmotice tip Manitol sau Furosemid.

— *Hiponatremia* survine după exces de diuretice, poliurii forțate și în hiperaldosteronism (secreție sporită de hormon secretat de capsula suprarenală, la incitația reninei). Acest hiperaldosteronism secundar apare în ischemia renală, pierderi de sodiu și se caracterizează prin

Scanned with OKEN Scanner

scăderea raportului Na^+/K^+ în spută și urină (normal 1,5—2,5) la valori sub 1. Scopul este păstrarea capitalului de sodiu necesar echilibrului hidric și acido-bazic. Foarte rar se poate semnala un hiperaldosteronism primar determinat de un adenom corticosuprarenal (boala Conn).

● **Hemodializa** este o metodă de epurare a sîngelui avînd scopul de a elimina substanțele toxice exo- sau endogene, electroliții și apa în exces. Există mai multe procedee: înlocuirea unei cantități de sînge poluat cu sînge izogrup sănătos (procedeul este rar folosit) și dializa intestinală care este complet părăsită.

— *Dializa peritoneală* (D.p.) utilizează, ca membrană filtrantă semipermeabilă, peritoneul cu suprafața lui de 17 000 cm^2. Ea constă din introducerea în cavitatea peritoneală, printr-un trocar în 1/3 superioară a liniei albe, a unei soluții de săruri minerale — soluția Abbot compusă din ClNa — 6,1 g, CO_3NaH — 2,2 g, ClK — 0,33 g, Cl_2Ca — 0,23 g, MgC_2 — 0,05 g, glucoză 20 g, apă distilată 1 000 ml, Penicilină — 100 000 U, Streptomicină — 0,50 g, Heparină — 5 mg. Soluția Abbot — care se poate modifica după ionograma bolnavului, retenția azotoasă sau toxicul sanguin — este introdusă în cantitate de 2 000 ml și se extrage prin sifonaj după 1/2 de oră; se repetă operația de 20—30 ori analizîndu-se, chimic și bacteriologic, lichidul extras.

D.p. se utilizează mai ales pentru eliminarea apei din edeme rebele, a calciului din hiperparatiroidia funcțională (în cel primar sau organic trebuie îndepărtat adenomul paratiroidian pe cale chirurgicală), K^+ din hiperkaliemii sau substanțe toxice de dimensiuni mici care pot filtra prin porii foiței peritoneale, dar numai înainte de a se fixa pe țesuturi, ca Meprobamatul și Fenobarbitalul (Clordelazinul și Diazepamul nu îndeplinesc aceste condiții).

Scanned with OKEN Scanner

— *Rinichiul artificial* constituie metoda de elecţie în terapia de epurare, avînd o eficacitate de 4—5 ori mai mare. Sîngele heparinizat al bolnavului trece printr-o cuvă lungă cu soluţia Abbot, de care este separat printr-o membrană de colodiu semipermeabilă, cu pori de anumită dimensiune. Excesul de heparină se neutralizează prin administrarea sulfatului de protamină. Sîngele bolnavului trece prin rinichiul artificial şi reintră apoi în circulaţie printr-un şunt arteriovenos sau venovenos, menţinînd acest circuit un anumit timp, corelat cu analiza sîngelui epurat. Indicaţia majoră o constituie anuria sau oligoanuria din insuficienţa renală acută determinată de intoxicaţii, obstrucţii de canaliculi prin mioglobine sau mase eritrocitare hemolizate, sulfamide, necroze tubulare, pînă la regenerarea lor sau pînă la îndepărtarea operatorie a unui calcul ureteral. În nefropatiile cronice uremigene cu un rinichi atrofic sau în cele unilaterale se utilizează ca tratament de pregătire pentru transplantul renal iar în insuficienţele renale cronice cu uremie se recurge la rinichi artificial repetat la 4—7 zile, unii autori putînd prelungi durata de viaţă cu 5 ani; totuşi hemodializa repetată este grevată de accidente numeroase şi grave (infecţii, anemii, diabet zaharat, polinevrite).

• **Terapia imunosupresivă** se bazează pe conceptul intervenţiei unui mecanism imunologic în geneza unor nefropatii care se bazează pe existenţa unor complexe antigen-anticorp în glomeruli şi absenţa sau scăderea complementului din sînge. Se administrează citostatice care pot fi substanţe alkilante sau antimetaboliţi; alkilantele inhibă acidul ribonucleinic, cele mai utilizate fiind *clorambucilul* (Leukeran) 0,1—0,2 mg/kilocorp/zi sau *ciclofosfamid* (Endoxan) i.v. sau per os 2 mg/kilocorp/zi; antimetaboliţii inhibă acidul dezoxiribonucleinic; cei mai utilizaţi sînt *Imuranul* (azathioprin) în doză de 2—3 mg/kilocorp/zi sau *Purinethol* (6-mercaptopurina).

Scanned with OKEN Scanner

Uneori se asociază un alkilant cu un antimetabolic, un antibiotic cu spectru larg și un corticosteroid.
Terapia imunosupresivă este indicată în formele grave și prelungite ale glomerulonefrozei cu leziuni proliferative parietale, semilunare sau în cocoașă — *„humps"*; pare că are și o acțiune antiproliferativă și antiinflamatorie.
● **Transplantul renal** este — teoretic — metoda cea mai logică și mai importantă în tratamentul nefropatiilor unilaterale sau într-o insuficiență renală la un tînăr. Deși numărul transplantelor se ridică la zeci de mii, mortalitatea este încă relativ mare, fenomenul de respingere — legat de histocompatibilitatea între grefon și primitor — este încă destul de frecvent. Compatibilitatea este absolută numai la gemenii monozigoți și relativă la rudele cele mai apropiate; la baza ei nu este numai identitatea grupelor sanguine, cum credeau savanții vizionari de la începutul secolului, ci o constelație de: anticorpi antileucocitari, antitrombocitari, anti-membrană—și factorii H_1 și H_8, alcătuind împreună sistemul HLA, la care se adaugă și acțiunea limfocitelor timodependente. Respingerea (rejetul) nu este complet înlăturată iar mortalitatea, care crește cu vîrsta, este încă destul de ridicată. O tehnică perfectă, asepsie riguroasă și măsuri speciale în ceea ce privește proveniența grefonului (preferabil de la un donator în viață, rudă apropiată a bolnavului sau, în caz că este luat de la un decedat, acesta trebuie să nu fi suferit o boală de lungă durată, perfuzii de sînge — care ar putea dezvolta anticorpi necunoscuți — iar rinichiul să fie conservat și întreținut cu perfuzii de lichide hrănitoare la +4° pînă la grefare). Dacă transplantul renal este reușit, acesta nu își reia funcția imediat ci după 10—14 zile.
— *Serul antilimfocitar* (S.A.L.) este un deprimant al reacțiilor imunologice, care a dat rezultate promițătoare. Se prepară prin inoculare, la cai sau alte animale, de limfocite din canalul toracic și homogenate din splină. Ac-

Scanned with OKEN Scanner

ţiunea serului antilimfocitar se datoreşte distrugerii limfocitelor timodependente sau pierderii capacităţii lor imunologice. Asociaţia S.A.L., Imuran, Leukeran, Prednison, antibiotice de protecţie este utilizată în prezent după operaţiile de grefă renală.

● Glomerulonefrita acută difuză (Gl.a.d.)

Gl.a.d. se întîlneşte mai frecvent la copii de vîrstă preşcolară pînă la 10 ani, rar la tineri, excepţional la bătrîni. Etiologia este streptococică (streptococ hemolitic grupa A 12) mai rar stafilococică (otită, piodermită) sau virotică (virusul mononucleozei infecţioase) iar patogenia pare a fi imunologică, prin sensibilizare la agentul infecţios. Survine după o amigdalită acută, care este aproape specifică streptococului incriminat, sau după scarlatină, erizipel, otită, granulom dentar, avînd un interval liber de 6—20 zile pînă la apariţia glomerulopatiei; acest „interval liber" este timpul necesar pentru elaborarea anticorpilor specifici ca în boala serului.

● **Simptome:** debut subfebril, uneori acut cu frison şi febră; cefalee, greaţă, vomismente, uneori fosfene şi acufene; edeme albe, moi, matinale, uneori fugace la pleoape, obraz, faţa internă a coapselor, regiunea lombosacrată; oligurie cu densitatea urinară crescută şi proteinurie; hematurie; hipertensiune arterială moderată predominant diastolică; mai rar mare, cu complicaţii cardiace sau cerebrale.

— *Sindromul edematos* este datorit: creşterii presiunii hidrostatice cu scăderea presiunii coloidosmotice, ceea ce determină fuga apei legate de proteinele sanguine şi

Scanned with OKEN Scanner

depozitarea ei în țesutul conjunctiv lax; retenției de sodiu prin creșterea secreției de aldosteron determinată de ischemia renală; retenției de apă prin creșterea adiuretinei hipofizare; unui factor tisular care mărește hidrofilia.

— *Edemul intraorganic* apare în cazuri mai grave; poate fi localizat la plămîni producînd dispnee și tuse; edemul cardiac se recunoaște după tahicardie, zgomot de galop, jugulare turgescente; edemul cerebral prin cefalee, vărsături, crize tonice sau clonice.

— *Oliguria* este în parte expresia scăderii filtratului glomerular de la 125 ml la 20—80 ml/min. și a inflației de apă.

— *Sindromul hipertensiv* este cauzat de arteriolo- și capilaropatia generalizată din Gl.a.d.; de obicei hipertensiunea este moderată în formele ușoare și se normalizează după 1—2 săptămîni. În caz de cronicizare sau în formele predominant hipertensive tensiunea este foarte crescută, însoțită de cefalee, amețeli, vomismente, bradicardie — prin stimularea presoreceptorilor aortici și sinocarotidieni —, iar în coafectarea inimii, de tahicardie.

— *Sindromul urinar* asociază la oligurie și creșterea densității urinare, proteinurie moderată (1—3g) care crește în caz de glomerulonefroză, hematurie (peste 100 000 eritrocite/min. prin metoda Addis), care se dublează după corticosteroizi (proba Zosin), cilindrii hialini, granuloși sau hematici. Urina face spumă la agitare.

— *Sindromul sanguin* evidențiază scăderea globală a proteinelor, a raportului albumine / globuline și a gammaglobulinelor cu creșterea α_2- și β-globulinelor, a fibrinogenului — ceea ce explică VSH crescută —, leucocitoză cu neutrofilie, creșterea antistreptolizinelor (ASLO) cu scăderea complementului (elemente care vin în sprijinul teoriei imunologice a glomerulonefritei acute avînd ca model nefrita experimentală Masugi.

Scanned with OKEN Scanner

— *Forme atipice* cu debut meningocerebral, oligoanuric, pseudosepticemic sau cu aspect de hipertensiune malignă (encefalopatie hipertensivă).
Prognosticul este în general bun la copii, dubios la adulți.
— *Scăderea filtratului glomerular și a fracțiunii filtrate* (F.F.) constituie semnele obiective ce caracterizează boala; uneori apar mai tîrziu în a doua săptămînă a bolii. Urmărirea dinamică este cel mai bun criteriu de apreciere a evoluției bolii spre vindecare, cronicizare sau agravare, precum și pentru a diferenția dacă o proteinurie sau hematurie tardivă sînt sechelare sau organice — evolutive.
Scăderea filtratului glomerular, care este, de fapt, un ultrafiltrat lipsit de albumină, se datorește îngroșării membranei bazale — filtrul renal — și scăderii permeabilității lui.
• **Examenul histomorfologic** este uneori indispensabil în unele forme clinice rare sau complexe. În Gl.a.d. glomerulii sînt măriți, vizibil cu ochiul liber, iar microscopic predomină fenomenele de exsudație intracapilară cu multe polinucleare, unele anse dilatate, altele cu hipertrofia celulelor endoteliale care le obstruează parțial sau total, dar în general fără hematii, cu complexe antigen-anticorp pe membrana bazală și depozite „în cocoașă" *(humps)* care modifică conturul glomerulului.
În formele subacute pot apărea infiltrații parietale sau intercapilare iar în cele cronice proliferări epiteliale în formă de semilună care duc la fibrozarea anselor arteriolocapilare, sinechii și hialinizare.

Tratament

— Repaus la pat pînă la normalizarea ASLO.
— Regim de foame și de sete în formele cu hipertensiune ridicată.

Scanned with OKEN Scanner

— Regim de mere şi cartofi sau de cartofi-ouă în proporţie de 6—4 (Giovanetti); restricţia lichidelor, a protidelor (25—30 g) şi acoperirea nevoilor calorice cu glucide şi lipide pentru a evita catabolismul protidelor proprii.
— Penicilină 1—2 milioane U/zi, 2—3 săptămîni, eventual eritromicină (nu tetraciclină care măreşte catabolismul prin acţiunea ei antianabolică).
— Medicamente antiinflamatorii (Fenilbutazonă, Indocid Brufen) şi numai la nevoie corticosteroizi (acuzaţi de unii cercetători că impermeabilizează mai mult membrana bazală).
— Griseofulvin sau Rezochin, singure sau în asociaţie cu antiinflamatoarele.
— Calciu, vitamine (în special C şi P).
— Amigdalectomie după 3—4 săptămîni.
În nefrita experimentală Masugi tratamentul preventiv cu heparină şi cortizon ar preveni leziunile glomerulare prin acţiunea de inhibare a hialuronidazei şi a glucuronidazei leucocitare, care depolimerizează proteinele.

Forme clinice

— *Glomerulonefrita parcelară sau în focar* survine, mai frecvent, în inflamaţii ale căilor respiratorii superioare, intrainfecţios, fără interval liber, Germenii bolii se găsesc uneori în urină sau în glomerul, deci nu este de natură alergică. Clinic: fără edeme şi fără hipertensiune arterială dar cu proteinurie şi hematurie. ASLO şi complementul nu sînt modificate. În acest cadru intră şi nefrita embolică Löhlein din endocardita lentă cu embolii multiple, care pot duce la insuficienţă renală.
Ca elemente morfopatologice se notează depozite difuze de fibrină şi globuline situate între capilarele glomerulare.

Scanned with OKEN Scanner

— *Glomerulonefrita cronică* reprezintă un stadiu evolutiv al Gl.a.d., care survine mai rar la copii, mai frecvent la tineri și vîrstnici. Are un stadiu latent aproape asimptomatic, cu tensiunea arterială normală sau ușor crescută, proteinuria aproape dispărută și microhematurii, dar cu scăderea „clearance-ului glomerular" care măsoară filtratul prin glomerul în unitatea de timp și constituie cel mai bun test de evoluție spre cronicizare. Pot apărea însă recăderi după o infecție ușoară. Simptomele principale sînt:

1. hipertensiunea arterială progresivă însoțită de modificări vasculare de fund de ochi, la început numai modificări funcționale de calibru arteriolar (stadiul I de retinopatie hipertensivă) și evoluînd cu creșterea tensiunii arteriale și la modificări organice (semne de încrucișare, hemoragii, edem papilar);
2. concentrația urinii scade, trecînd la hipostenurie și apoi la izostenurie, cu scleroza și împuținarea nefronilor funcționali, poliurie de necesitate, retenție de metaboliți azotoși, insuficiență renală;
3. scleroza vasculară poate induce cardiopatii ischemice, infarct miocardic sau mezenteric.

• **Sindromul Alport-Perkoff** asociază o glomerulonefrită cronică ereditară cu tulburări vizuale — cataractă congenitală, retinită pigmentară, miopie —, auditive (surditate) sau cu alte malformații congenitale.

Boala începe de obicei prin hematurii și are o evoluție gravă. Histopatologic este o glomerulonefrită proliferativă. Boala pare a fi cromozomială; formele grave afectează bărbații tineri iar femeile prezintă o formă ușoară, chiar inaparentă.

— *Nefrita-nefroza* constituie o altă modalitate evolutivă a glomerulonefritei acute: proteinuria crește treptat în timp ce în sînge proteinele scad dar crește lipidemia. Este vorba deci de o asociere de simptome glomerulare (hipertensiune, hematurie, creșterea ureei și creatini-

Scanned with OKEN Scanner

nei sanguine) cu simptome tubulare (edeme, lipsa puterii de concentrare a urinii).

— *Glomerulonefrita din reumatismul cardioarticular Bouillaud* este benignă, afectează uneori și interstițiul renal. Această asociație semnifică originea comună alergică a acestor două afecțiuni.

— *Glomerulonefrita din purpura reumatoidă* și din sindromul Moschowits are cîteva particularități clinice și morfobiochimice: lipsesc hipertensiunea arterială, uneori hematuria și proteinuria; edemele sînt durabile și rezistente la tratament; tabloul clinic se completează cu elemente purpurice cutanate, artralgii, colici abdominale, melenă. Examenul microscopic relevă necroza fibrinoidă a capsulei Bowman și a ghemului arteriolocapilar glomerular, cu depozite endo- și extraglomerulare vizibile prin imunofluorescență și provenind din anumite globuline sanguine (IgA și IgG).

— *Crioglobulinemia* se complică cu un sindrom glomerulonefritic prin precipitarea acestor globuline în glomerul. Originea acestei nefropatii poate fi suspectată prin prezența crizelor de vasoconstricție și vasodilatație din boala sau sindromul Raynaud.

— *Glomerulonefrita din periarterita nodoasă* (Kussmaul-Maier) se caracterizează prin: febră, artralgii, polinevrite, nodozități subcutane, VSH accelerat, hipocolesterolemie; leucograma: polinucleoză cu eozinofilie și neutrofilie; tromboze renale, rareori hemoragii, hematom perirenal; fundul de ochi cu artere în sîrmă metalică.

Diagnosticul pozitiv prin biopsie musculară, care evidențiază semnul caracteristic al acestei colagenoze — infiltrație perivasculară cu celule limfopoliblastice și eozinofile precum și necroză fibrinoidă a pereților vasculari.

— *Nefropatia din boala alveologlomerulară hemoragică Goodpasture* se traduce clinic prin tuse cu expectorație sanguinolentă; albuminurie, hematurie, cilindrurie, re-

Scanned with OKEN Scanner

tenţie de metaboliţi azotaţi, cu evoluţie rapidă, ducînd în 1—2 ani la exitus Tabloul histomorfologic este caracteristic: necroze capilare şi arteriolare iar prin electronmicroscopie şi imunofluorescenţă, complexe de antigen-anticorp-complement aşezate liniar pe glomeruli.

Glomerulonefroza şi sindroamele nefrotice

Glomerulonefroza, ca boală autonomă, este apanajul copiilor; adulţii prezintă un sindrom nefrotic, asemănător bolii, dar al cărui substrat este o infecţie, intoxicaţie, tulburări circulatorii sanguine sau o colagenoză. Se produc modificări ale membranei bazale ca în glomerulonefrită, însă cu creşterea porozităţii filtrului care separă sîngele de urina primară. Porii membranei bazale sînt lărgiţi în mod inegal, lăsînd să filtreze proteine cu greutate moleculară mare, pînă aproape de un milion, faţă de starea normală cînd trec numai substanţe cu greutate moleculară de 20—40 000, ca transferina. În nefroze filtrează serinele şi chiar globulinele, ceea ce denotă o deteriorare importantă a membranei bazale. Urmează o serie de reacţii în lanţ: proteinurie accentuată, 5—60 g/zi, cu creşterea densităţii urinare iar în sînge scad proteinele totale ca şi raportul albumine/globuline — deoarece ficatul nu poate acoperi aceste pierderi — şi cresc — poate compensator — lipidele cu toţi componenţii lor. Este important de stabilit natura şi ponderea moleculară a proteinelor eliminate prin urină faţă de cele din sînge; aceasta indică starea filtrului glomerular şi deci prognosticul bolii; filtrarea selectivă constituie un semn de benignitate iar cea neselectivă cu eliminare de proteine cu greutate moleculară mare survine în

Scanned with OKEN Scanner

glomeruloscleroza diabetică, amiloidoză, lupus eritematos diseminat și este un semn de malignitate.
Nefrozele pot fi „impure" sau mixte, de tipul nefritei-nefroze, sau „pure", fără hipertensiune și hematurie.
● **Simptome:** debut insidios, rareori febril; edeme mari, albe, inițial pe față, cu generalizare rapidă, uneori monstruoase; revărsat în seroase — pleură, pericard sau peritoneu — de transsudat cu aceleași însușiri ca lichidul de edem, în cantități variabile; sensibilitate mare la infecții (mai mult în trecut și în special față de pneumococi) prin pierdere de γ-globuline purtătoare de anticorpi; în această categorie intră și criza nefrotică acută, descrisă mai de curînd, cu febră, dureri și contractură abdominală, atribuită unui edem inflamator retroperitoneal; endocrinopatii de tip enzimopenic — hipotiroidism, hipogonadism, hipopituitarism — prin pierderea proteinelor de transport a tiroxinei, hormonului sexual sau somatotrop; anemie hipocromă prin carență de fier sau cupru (tot prin insuficiență de vehiculare).
— *Sindromul urinar:* oligurie cu urina opalescentă și densitate mare (1 030—1 035); ureea și Na^+ crescut; proteine peste 5 g°/$_{oo}$ atingînd uneori 50—60 g°/$_{oo}$, cu multe serine și rare globuline (tip selectiv); cilindrii hialini, granuloși și grăsoși; corpi lipidici birefringenți (vizibili la lumină polarizată); lipiduria crescută de la 50 g/24 ore la cantități de 10 chiar de 20 de ori mai mari.
— *Sindromul sanguin:* scad proteinele globale, serinele și γ-globulinele; cresc α_2-, β-globulinele, fibrinogenul (acesta chiar peste 10 g°/$_{oo}$ — normal 2—4 g°/$_{oo}$); plasma lactescentă din cauza creșterii de 3—4 ori a lipidelor totale, lecitinei și colesterolului; testele de disproteinemie pozitive.
— Metabolismul bazal scăzut ca și iodemia; de asemenea raportul Na/K; uneori se constată pierderi de electroliți.

Scanned with OKEN Scanner

— Testele capacității maxime de secreție tubulară și de resorbție a glucozei nu sînt specifice în nefroze. Se utilizează proba cu fenolsulfonftaleină (roșu de Congo) 6 mg i.v. și după 1/4 de oră elimină prin urină o cantitate mai mică de substanță colorantă decît cei sănătoși (30—35% sau după o oră 60—65%). De asemenea este utilă proba de concentrație a urinii (normal pînă la 1 028—1 030).
— *Insuficiența tubulară* poate fi congenitală sau secundară, consecutivă alterărilor hipoxice sau toxice ale tubilor proximali sau distali. Tubii proximali sînt responsabili de producerea *diabetului renal* (prin scăderea absorbției glucozei), a *diabetului fosfaturic* (cu rahitism rezistent la vitamină D sau parathormon), a *diabetului cistinuric* (cu litiază renală bilaterală, calculi de cistină). *Sindromul Toni-Debré-Fanconi* însumează toate trei displaziile de tubi proximali. Tubii distali determină:
= *diabetul insipid nefrogen* cu urini diluate prin lipsa de resorbție a apei și din cauza insensibilității tubului colector la adiuretina hipofizară;
= *nefrită cu pierdere de sare* care se traduce prin hipotensiune ortostatică ca în boala Addison;
= *nefrită cu pierdere de K* cu semne clinice de hipotonie musculară, fatigabilitate, atonie gastrică și intestinală, paralizii periodice, ca în boala Conn;
= *acidoza hipercloremică renală* prin defect de eliminare și creșterea ionilor de H^+ din sînge, hipercalciurie, nefrocalcinoză și litiază;
= *alcaloza hipocalcemică* produce rahitismul vitaminorezistent, asemănător sindromului Burnett (de lapte și alcaline).
● **Histomorfologia:** leziuni peri- și endocapilare difuze, îngroșarea membranei bazale și îngustarea lumenului capilarelor glomerulare produse de hiperplazia celulelor endoteliale (mai ales în nefrite-nefroze); forma parieto-proliferativă cu îngroșarea flocusului și a membranei bazale; forma cu depuneri semilunare „en croissant";

Scanned with OKEN Scanner

forma lobulară d'Allen cu flocus rigid despărţit în segmente lobulare; forme cu hialinizarea şi necroza tubilor uriniferi.

● **Tratament etiologic:** contra infecţiilor (antibiotice), contra intoxicaţiilor (agenţi chelatori), contra diabetului insipid (retrohipofiză).

— Regim alimentar avînd cantitatea de protide mărită proporţional cu albuminuria (2—3 g/kilocorp); lipide scăzute în raport cu lipidemia, şi numai sub forma de grăsimi nesaturate uşor de digerat (gălbenuş de ou, smîntînă) în cantitate mică (20—30 g/zi). Hidrocarbonate multe pentru satisfacerea necesităţilor energetice; acoperirea pierderilor de săruri minerale.

— Corticoterapia reduce permeabilitatea crescută a filtrului glomerular şi diminuă pierderile de proteine; trebuie să fie prelungită, în doze descrescînde, începînd cu 40—60 mg; *Prednison* — în medie — o lună, apoi scăzînd doza cu 10 mg la 15 zile, se adaugă săruri de K, calciu şi anabolice precum şi *Ulcerotrat* pentru evitarea factorilor negativi care pot fi induşi de acest produs farmaceutic.

— Tiroidă sau Tiroton în anumite cazuri.

— Se mai poate începe tratamentul nefrozelor cu ACTH în perfuzie i.v. 10—14 zile, urmat de Prednison în doze regresive. La nevoie în caz de infiltraţii, depozite şi proliferări (semilunare, lobulare, parietale) extinse, se recurge la terapia imunosupresivă sub controlul permanent al hematiilor, leucocitelor şi trombocitelor, a urinii şi a serului sanguin. În caz de edeme persistente, perfuzii de plasmă naturală sau sintetică, hidrolizate de proteine, soluţii macromoleculare *(Dextran, Marisang)* cu scopul de a creşte presiunea oncotică, antialdosteronice de tipul Aldacton sau *Aldacton A* singure sau asociate cu diuretice clorotiazidice; eventual se poate recurge la hemodializă extrarenală.

Scanned with OKEN Scanner

● **Nefroza lipoidică** este o nefroză pură. Survine mai ales în copilărie, în special la băieți și constituie forma cea mai frecventă (50% din totalitatea tubulopatiilor). Debut insidios, rareori cu frison și febră, dar cu edeme faciale și întreg cortegiul de simptome clinice și de laborator descrise. La microscopia optică nu se constată decît leziuni glomerulare minime și discutabile, dar la cea electronică apare semnul caracteristic — fuziunea pedicelelor formînd o rețea.

● **Nefropatiile impure sau mixte** sînt cele mai numeroase avînd ca prototip *Nefrita-nefroza*, care este o complicație sau un mod evolutiv al glomerulonefritei acute difuze; se întîlnește mai ales la adulți, în proporție de 10% și prezintă simptome glomerulare (hipertensiune arterială, hematurie microscopică, uneori insuficiență cardiacă) și semne de nefroză (edeme generalizate cu participarea seroaselor, proteinurie peste 5 g°/$_{oo}$, lipidemie, hipoproteinemie) iar anatomopatologic glomerulită endo- și extracapilară cu proliferări endoteliale și epiteliale care ajung uneori la depozite semilunare intercapilare.

— **Glomerulosclerozа diabetică Kimmelstiel-Wilson** se formează pe fundalul nefropatiei diabetice care asociază arterio- și arteriolosclerozа precoce cu pielonefrita și dismetabolismul glucidic și lipidic. Această complicație periculoasă apare la diabeticii vechi, de 15—20 ani, fără cauza determinantă cunoscută, cu oligurie, proteinurie crescută, edeme, hipertensiune arterială mai ridicată ca în trecut și cu scăderea sau dispariția glicozuriei determinată — nu de normalizarea metabolismului glucidic — ci de ridicarea pragului renal, de eliminarea ei. Afecțiunea constă în apariția de convulsii tonice și clonice; anatomopatologic: depuneri lipoidice în glomeruli, degenerare lipoidică a arteriolelor și capilarelor cu strîmtorarea sau dilatarea anevrismală și hialinizarea lor — ceea ce se observă și la examenul fundului de ochi. Moartea survine fie prin accidente cardiace sau vasculare,

Scanned with OKEN Scanner

fie prin insuficienţă renală sau comă hepatică. Proteinuria nu este specifică glomerulosclerozei; ea poate fi datorită unui diabet zaharat fără regim adecvat şi creşterii glicemiei, dar dispare odată cu scăderea acesteia (proteinuria glicogenetică).

● **Glomerulonefroza gravidică** este tot o nefroză „impură" sau mixtă glomerularotubulară care survine după luna a VI-a şi în special la primipare, rareori după naştere. Expresia clinică este criza eclamptică cu convulsii tonice şi clonice urmate uneori de comă, edeme, hipertensiune arterială, retinopatie hipertensivă cu ansele îngustate şi lucitoare în „fir de sîrmă". Retenţia de apă preedemul, se recunoaşte prin creşterea greutăţii corporale a gravidelor cu mai mult de 500 g săptămînal, putîndu-se astfel preveni, prin cîntăriri repetate dezlănţuirea crizei; intervine şi dereglarea axului hipofiză-ovar-placentă-suprarenale, cu hipersecreţie de aldosteron, scăderea Na^+ urinar şi creşterea lui în sînge şi ţesuturi. Edemul nu apare ca simptom clinic decît cînd retenţia de apă depăşeşte 5 litri. Examenul histopatologic confirmă afectarea celor doi poli ai nefronului, cel vascular, cu îngustarea şi trombozarea arteriolelor şi metarteriolelor şi cel tubular cu depuneri de fibrinogen în glomerul şi capsula Bowmann.

Cauza glomerulonefrozei gravidice este placenta care, la dezlipire, eliberează proteine toxice ce pătrund în sînge prin vasele sanguine deschise. Odată cu îndepărtarea placentei dispare boala. Tratamentul trebuie instituit imediat, în faza preclinică, prin regim de foame şi sete, antihipertensive, saluretice şi operaţie cezariană.

● **Glomerulonefroza lupică** este o complicaţie destul de frecventă în lupusul eritematos diseminat. Apare cu precădere la femei tinere cu manifestări clinice aproape specifice; proteinuria este neselectivă eliminîndu-se globuline şi alte proteine cu greutate moleculară mare, lipi-

Scanned with OKEN Scanner

demia normală sau chiar scăzută (ceea ce nu se întîlneşte în alte tubulopatii) dar cu complement scăzut. Fundul de ochi confirmă participarea arteriolară, glomerulară şi retiniană avînd aspectul de sîrmă metalică. Alte semne clinice ale acestei colagenoze: *vespertilio* (eritem în formă de fluture pe nas şi obraz), endocardita Libman-Sacks, pneumopatii fugace, artralgii, subfebrilitate, anticorpi antinucleari sau anti-ADN, celule Hargraves.

● **Glomerulonefroze infecţioase** după septicemii anaerobe *(post abortum)*, difterie, lues; *alergice* după boala serului, înţepături de albine; *imunologice* în perfuzii cu sînge incompatibil; *toxice* după săruri de mercur (în special sublimat), de aur, tetraclorură de carbon; *mecanice* de stază venoasă prin tromoză de venă cavă sau renală (cu dureri, hematurie, varicocel, edeme, revărsat pleural sau peritoneal).

● **Amiloidoza renală** survine în supuraţii cronice, artrita reumatoidă, boala Hodgkin, leucoze, mielom multiplu. Se traduce clinic prin proteinurie fără hiperlipemie, hepatosplenomegalie, macroglosie şi prin prezenţa în corp a unei proteine anormale care se colorează cu iod (ca amidonul — de unde şi numele) şi se depune în toate organele — tubul digestiv, splină, ficat, inimă şi rinichi unde provoacă glomerulonefroză cu amiloid (prin depunerea şi sub membranele bazale glomerulare şi tubulare). Diagnosticul se stabileşte prin biopsia mucoasei rectale sau gingivale; vechea probă cu roşu de Congo este azi părăsită.

● Nefrita interstiţială [N.i.]

N.i. este inflamaţia mezangiului — ţesut mezenchimatos care, după cum arată numele, are rolul de susţinere a arteriolelor şi capilarelor — şi este constituit dintr-o

Scanned with OKEN Scanner

substanță fundamentală și celule epiteliale. Survine după infecții microbiene sau virale, șoc proteic, anafilactic sau toxic, exces de antinevralgice (fenacetină), sulfamide, citostatice sau bacteriostatice, în boli metabolice — gută, diabet, hipercalcemie, oxalurie. Debutul bolii este de regulă inaparent, nesezisat nici de bolnav nici de medic; uneori însă este zgomotos constituind:

● **N.i. acută**, rar întîlnită, se traduce prin dureri lombare, rinichi mare și dureros la presiune, oligurie cu urină clară. Aceste simptome cardinale se datoresc edemului interstițial și destinderii consecutive a capsulei (stare denumită și glaucom renal), survenind după boli infecțioase, septicemii, mai ales după boli eruptive ca rujeola și scarlatina (nefrita scarlatinoasă precoce a autorilor germani).

● **N.i. cronică** apare tardiv după mulți ani de evoluție asimptomatică, fără să fie obligatorie o fază inaugurală acută decelabilă. Manifestările clinice și de laborator nu sînt caracteristice, în special în primii ani, înaintea transformării procesului inflamator în scleroză și a comprimării nefronilor. Boala trebuie căutată cu atenție printr-o anamneză riguroasă: prezența unei astenii și anemii neexplicată pe plan hematologic; tulburări de concentrare și acidifiere a urinii (hipostenurie, aciditatea urinară nu coboară sub pH de 5,3 chiar după cură severă cu substanțe acidifiante — metionină, clorură de amoniu, acid mandelic — semnul Wrong); proteinurie ușoară fără sediment patologic în perioada presclerotică, se accentuează însă cînd tubii uriniferi sînt comprimați; la examenul electroforetic, inversiunea formulei normale adică cu predominanța globulinelor asupra albuminei (electroforeză de tip interstițial); ureea în sînge ușor crescută.

— Proba de eliminare a fenolsulfonftaleinei (PSP sau roșu de fenol) este pozitivă mai ales cînd tubii sînt afectați.

Scanned with OKEN Scanner

În acest caz eliminarea substanței de contrast scade sub 30% în 15 min. și sub 55% în 60 min.

• **N.i. dismetabolice** nu trec prin forma acută.

— *Gutoasă*, cu depuneri de acid uric în țesutul mezenchimatos intertubular, adevărați tofi gutoși. Diagnosticul se precizează prin coexistența unei monoartrite cu localizare preferențială pe haluce — reumatismul gutos — și pe uricemia ridicată constant, avînd ceilalți metaboliți azotoși în cantitate normală.

Tratamentul specific: *Allopurinol* 2—400 mg/zi, cura de diureză cu ser glucozat eventual asociat cu *Manitol* 10—20% și mult lichid.

— **N.i. oxalurică** survine în diateza oxalică (oxaluria depășește 100 mg°/$_{oo}$). Ca în toate nefritele interstițiale, este uneori necesară o puncție-biopsie și analiză biochimică. Tratamentul cu doze mari de piridoxină — vitamina B_6 —, doze mari de benzoat de sodiu și regim cu suprimarea alimentelor bogate în acid oxalic sau oxalați: roșii, spanac, măcriș, țelină, curmale, smochine.

— **N.i. calcică** apare ca urmare a hipercalcemiei ca în *sarcoidoza Besnier-Boeck-Schaumann* cu localizare în ganglioni, oase, organe, piele și reacționează bine la cortizonice; *mielomul multiplu (boala Kahler)* cu leziuni osoase, — geode, osteoporoză — plasmocitoză medulară, albumine Bence-Jones în urină; *hiperparatiroidia primară* (boala femeilor tinere), cu pseudoreumatism, predispoziție la ulcer gastroduodenal și pancreatită, care cedează numai la extirparea adenomului secretant; *hiperparatiroidia secundară* ca reacție de adaptare la retenția fosfaților. Creșterea calcemiei peste 10 mg% și scăderea fosforemiei sub 3 mg%, care se mențin constant la controale repetate, sînt responsabile de producerea hiperparatiroidiei care se exprimă prin nefrocalcinoză și osteoză fibrochistică (radiologic: eroziuni osoase subperios-

Scanned with OKEN Scanner

tale la falange, oasele lungi şi mai ales absenţa laminei dura din alveole, vertebra în sandviş) şi formarea de calculi de oxalat, fosfat sau carbonat de calciu.

• **Nefrita endemică din Balcani** este o nefrită interstiţială, foarte gravă, de etiologie necunoscută şi cantonată într-o regiune la frontiera dintre Bulgaria, Iugoslavia şi România. Bolnavii sînt tineri, cu paloare metalică a feţei, astenie pronunţată, scădere ponderală, urini diluate cu subhipo- sau izostenurie, evoluţie rapidă; biopsic „rinichi pustiit" scleros cu reducerea nefronilor. Etiologia necunoscută (virozã? intoxicaţie? emanaţii ionizante?).

— *Nefropatia epidemică Myrrman* este tot o nefrită interstiţială infecţioasă şi hemoragică care apare în Ungaria, U.R.S.S.; şi la noi în ţară s-au semnalat cîteva cazuri în jurul oraşului Tg. Neamţ. Se manifestă prin febră, erupţii purpurice pe pleoape şi conjunctive (ochi violacei), hemoragii digestive (hematemezã, melenă) uneori şi în suprarenale. Agentul patogen necunoscut pare a fi fost evidenţiat prin fluorescenţă.

• Pielonefrita [Pn]

Cea mai frecventă nefropatie făcînd parte din grupul N.i. infecţioase. Forma descendentă porneşte de la un focar infecţios — furuncul, colecţie purulentă —, este mult mai rară decît cea ascendentă care porneşte din vezica urinară urcînd apoi spre uretere, bazinet, calice, canale colectoare şi papilele substanţei medulare. Femeile sînt mai predispuse avînd o uretră scurtă cu orificiul inferior în vagin, care se poate infecta cu uşurinţă. Survine mai ales în sarcină. Copiii sînt şi ei mai expuşi din cauza prezenţei *refluxului vezico-ureteral* (care se traduce clinic prin micţiuni în doi timpi cu dureri în lombe) iar

Scanned with OKEN Scanner

bătrînii din cauza afecţiunilor de prostată (revelate clinic prin polakiurie nocturnă, mai ales în a doua jumătate a nopţii şi dureri la distensia vezicii).

Este nevoie de doi factori pentru producerea unei Pn: infecţia microbiană şi un obstacol în scurgerea urinii (stenoză uretrală sau ureterală, malformaţii congenitale, calculi pe traiectul căilor urinare, hipotonia cu stază pielocaliceală). Factorii ajutători în declanşarea bolii sînt: diabetul zaharat (predispoziţie la infecţii), sarcina (măreşte hipotonia căilor urinare), boli de prostată, după radioterapie, cateterisme uretrale chiar în condiţii de asepsie. În sarcină survin uneori forme supraacute sau septicemice de Pn cu pio-hematurie, oligurie, icter.

• **Pn. acută:** debut acut cu frison şi febră; dureri lombare spontane, la palparea rinichilor sau la percuţia regiunii lombare (semnul Giordano); contractura muşchilor lombari; poliurie, polakiurie şi disurie; VSH accelerată, leucocitoză şi neutrofilie; urină tulbure; cilindri leucocitari sînt patognomonici şi se pot găsi după colorare cu peroxidaze; proteinurie sub 1 g°/$_{oo}$, predominanţa leucocitelor asupra hematiilor (numărătoarea celulelor se face din urina proaspătă, necentrifugată, cu o picătură în camera microscopică) (normal leucocite/oră 0,12 milioane, hematii/oră 0,2 milioane); celule Sternheimer-Malbin, care derivă din leucocite cu nucleu albastru deschis şi granulaţii cu mişcări browniene, au importanţă numai cînd sînt numeroase, depăşind 10% din totalul leucocitelor. În urocultură cresc colibacili, proteus, enterococ, stafilococ (în Pn. cronice *Klebsiella*, piocianicul — sau *Pseudomonas aeruginosa*).

În genere în Pn. recente predomină germenii Gram-negativi, în cele cronice germenii Gram-pozitivi.

— Pn. acută, formă dureroasă, trebuie diferenţiată de:

= *pionefroză* care este unilaterală, cu rinichi mare, foarte dureros, însoţit de apărare musculară, provocată de un

Scanned with OKEN Scanner

calcul ureteral obstruant și constituie o urgență chirurgicală;
= *abces perinefretic*, care este unilateral, fără tulburări de micțiune, cu regiunea lombară mai caldă, congestionată, uneori fluctuentă, radiografic cu conturul renal șters;
= *infarct renal*, în cadrul unui sindrom tromboembolic, cu durere, hematurie, creșterea transaminazelor și urografie mută.
— *Tratamentul* urmărește două obiective: sterilizarea urinii și evitarea complicațiilor prin administrarea de antibiotice specifice — după testarea sensibilității germenului prin urocultură și antibiogramă — și chimioterapice. Regim alimentar cu excluderea alimentelor conservate, în special mezeluri, afumături etc., sare moderată (dar în caz de poliurie se permite creșterea ei, pentru a se evita hipotonia plasmatică).

• **Pn. cronică** este afebrilă sau subfebrilă, cu tulburări de micțiune atenuate dar cu simptome generale:
— stare astenică cu capacitatea de muncă redusă;
— poliurie determinată de scăderea puterii de concentrare a urinii;
— leucociturie mai mare ca hematuria (în glomerulonefrita acută cresc mai mult eritrocitele);
— scăderea absorbției de Na^+, K^+, Mg^+ și Ca^{++} cu tendință de alcalinizare a urinii;
— fluxul plasmatic renal (F.P.R.) scade sub 500 ml/min.;
— proba P.S.P. arată o scădere a eliminării colorantului sub normalul de 30% la 15 min. și sub 60% la 60 min.;
— radiografic: rinichi inegal măriți, demascînd evoluția inegală a afecțiunii și putînd ajunge la un rinichi atrofic (care întreține hipertensiunea arterială);
— urografia evidențiază existența unui calcul sau un reflux vezicoureteral (bănuit cînd micțiunea se face în doi timpi și produce dureri lombare).

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul diferenţial se face cu:
— *tuberculoza renală*: apar tulburări urinare (polakiurie, tenesme) la un vechi tuberculos sau după o tuberculoză genitală recentă se semnalează în plus piurie cu reacţie acidă, noduli în prostată, epididim sau canalul deferent, B.K. în sediment sau în culturi pe mediul Löwenstein; radiografic calcificări renale care demască prezenţa cazeumului iar cistoscopic granulaţii galbene în jurul orificiilor ureterale.
Complicaţii septice:
— *microabcese corticale* cu dureri, febră;
— *necroza papilară*, care apare mai ales la diabetici cu frison, febră, colici dureroase, hematurie, oligurie, uneori anurie şi decelarea în urina filtrată a sechestrului papilar;
— *insuficienţa renală* postpielonefritică poate fi suspectată cînd urina este palidă cu nuanţă cenuşie (cromogenii urinari neoxidaţi în rinichi se depun sub piele), densitatea mică fixată (hipostenurie) şi creşterea metaboliţilor azotoşi şi a acizilor aromatici intestinali în sînge.

● **Anatomopatologic:** rinichi inegali, cu benzi de inflamaţie sau de scleroză care merg radiar de la hil la corticală; microscopic: infiltraţii celulare, în special de polinucleare, cu zone necrotice sau supurate şi scleroză mai mult sau mai puţin accentuată ajungînd la compresia tubilor şi glomerulilor.

● **Tratamentul** constă în eradicarea focarelor septice, înlăturarea unor obstacole abordabile chirurgical. Urocultura este obligatorie dar nu prin cateter ci cu urina spontană din porţiunea mijlocie a jetului, eventual obţinută prin puncţie suprapubiană. Prezenţa microbilor impune antibioterapia şi acidifierea urinii la un pH 5, cu acid mandelic, metionină, clorură de amoniu (Diurocard). În absenţa lor se indică regim alimentar acid (carne, brînză, făinoase) alternînd cu regim alcalin (le-

Scanned with OKEN Scanner

gume, fructe, lactate), acestea din urmă în perioade mai scurte. Din grupul substanțelor chimioterapice se utilizează Sulfametin, Neoxazol, Septrin, Nitrofurantoin 200—400 mg/zi. Tratamentul trebuie să fie lung, cu controlul urinar repetat în timp.

Litiaza renală [Lr]

Lr este corelată cu Pn, fie generînd-o — prin staza determinată de jena produsă în circulația urinii —, fie ca o consecință a ei datorită alcalinizării urinii cu precipitarea carbonaților sau fosfaților. Se manifestă de obicei prin colica renală, cu dureri spontane în lungul ureterului pînă în testicul, agitație, disurie cu hematurie sau imposibilitate de urinare, grețuri, vomismente. Calculoza vezicală produce polakiurie, dureri în hipogastru și perineu, la bărbați erecții dureroase și greutatea sau imposibilitatea urinării în clinostatism. Calculul de organ este condiționat de o cauză locală — diverticul, stenoze, reflux ureteral — și recidivează în același rinichi. Cristaluria provocată poate indica compoziția minerală a calculului. Cel mai frecvent este calculul de oxalat de calciu: determină o colică intensă, este radioopac, cenușiu, neregulat uneori cu țepi ascuțiți, urina are un pH intermediar. Calculul cu carbonați reprezintă cam 20%, este sfărîmicios, radioopac, se formează în urini alcaline sau infectate și produce în general colică mai ușoară. În calculul cu fosfați de calciu (16%) urina are pH neutru, este radioopac, pe cînd cel cu fosfați amoniacomagnezieni este semiopac. Calculul cu urați (9%) se găsește la gutoși sau la bolnavi sub tratament citostatic sau cu diateză urică; este mic, cărămiziu, apare în urini acide. Calculii cu cistină sînt foarte rari (mai puțin de 1%), de culoare galben-ciroasă, cu urina acidă.

Scanned with OKEN Scanner

Radiografia pe gol poate revela calculi radioopaci care se proiectează la 6 cm de coloana vertebrală între vertebrele L_1 și L_2 (spațiul Bazy) iar din profil pe coloana vertebrală.

● **Tratament.** În diateza oxalică tratamentul constă în combaterea oxaluriei — vitamină B_6 (piridoxină) și doze mari de benzoat de sodiu (10—20 g) care transformă glicina în acid hipuric nu în acid oxalic — și a calciuriei — micșorarea absorbției intestinale (prin fitină sau pîine de secară, silicat de aluminiu), evitarea alimentelor bogate în calciu (brînza, laptele) sau, în cazul unei hiperparatiroidii primare, extirparea adenomului. Creșterea fosfaturiei peste valoarea normală de 1—1,5 $mg^{o}/_{oo}$ poate duce la o hiperparatiroidie secundară cu creșterea calcemiei și calciuriei. În hiperuricemii se recomandă Alopurinol 200—400 mg/24 ore, lichide alcaline care transformă acidul uric în urați de sodiu, suprimarea din alimentație a proteinelor de animale tinere și a viscerelor. Prezența calculilor ureteropielocaliceali creează condiții de persistență a Pn. și a nefropatiei interstițiale evolutive cu coafectarea nefronilor ducînd la suprimarea funcțională a rinichiului.

● Colica renală [C.r.]

C.r. nu este o consecință obligatorie a litiazei renale; ea traduce existența unui obstacol (cheag de sînge, sfacel de necroză papilară, cazeum) în expulzare, cu creșterea presiunii în calice peste 50 mm Hg. Există calculi care nu provoacă dureri și colici, cum sînt cei fixați, mai ales coraliformi, descoperiți întîmplător sau cu ocazia unei hematurii; aceasta impune radiografia pe gol, eventual urografia care depistează calculii radiotransparenți sau

Scanned with OKEN Scanner

numai întîrzierea opacifierii și distensia pielocaliceală cu calice rotunde ca niște bule, specifice unui obstacol. Importantă este diferențierea C.r. de alte sindroame dureroase cu localizare renală.
— *Glaucomul renal* survine în edemul interstițial cu distensia capsulei renale în nefrita interstițială cauzată de septicemii sau boli eruptive (scarlatina) *(Scharlach früh Nephritis)*.
— *Infarctul renal* se traduce prin dureri violente în regiunea lombară, cu sau fără iradieri, însoțite de grețuri, vomismente, uneori stări sincopale. Apare în contextul bolii tromboembolice, într-o endocardită acută sau subacută, stenoză mitrală cu fibrilație atrială, aterom aortic. Urina este roșie, cu hematurie intensă; scintigrafic — rinichi mut funcțional din cauza ischemiei, care explică și durerea prelungită.
— *Tromboza venei renale* determină dureri provocate de creșterea de volum a rinichiului și distensia capsulei. Apare repede proteinuria și toate semnele de nefroză.

● Nefroangioscleroza [Nas]

Nefroangioscleroza este expresia modificărilor parenchimului renal cauzate de scleroza arteriolelor din interiorul acestui organ. Apare în general după 50 de ani la hipertensivii de tip malign cu diastola mărită, are o evoluție rapidă ajungînd repede la leziuni sclerotice sau necrotice ale nefronilor.
Simptomatologia clinică indică o alterare a stării generale: astenie progresivă, paloarea tegumentelor, mai accentuată decît anemia reală, sindrom urinar sărac cu proteinurie și cilindrurie inconstantă și nesemnificativă; ușoară creștere a acidului uric și a ureei în sînge. Scăderea fluxului plasmatic renal (F.P.R.) este semnul cel

Scanned with OKEN Scanner

mai constant, dar testul cu acid paraaminohipuric este complicat și cere precizie și experiență; mai concludentă este puncția biopsică renală.
Există o formă de *Nas juvenilă*, care apare la 25—30 de ani cu: hipertensiune arterială fără oscilații mari, tensiunea diastolică peste 120 mm Hg iar fundul de ochi cu edem papilar, exsudat și hemoragii; sindromul urinăr și cel sanguin mai pronunțate ca în forma comună, iar la examenul histopatologic leziuni necrotice și trombi arteriali; evoluția este rapidă și inexorabilă.
În unele cazuri este incriminată *periarterita nodoasă* Kussmaul-Mayer, colagenoză care se exprimă prin: artralgii, febră, polinevrită, nodozități palpabile în special pe fața anterioară a antebrațului și în jurul arterelor, eozinofilie; diagnosticul se precizează prin biopsie musculară.
— *Angeita alergică* cu localizări viscerale și renale se recunoaște prin: scăderea complementului seric, eozinofilie, hiperfibrinemie și hipergammaglobulinemie.

● Stenoza arterei renale [St.a.r.]

St.a.r. este o afecțiune arterială cu răsunet renal. Prezintă o formă acută, cînd obstrucția apare brusc după o embolie pornită din inima stîngă sau aortă (boală mitrală, fibrilație atrială, endocardită acută sau subacută, placă de aterom aortic) și o formă cronică produsă de arterioscleroză sau congenitală (la tineri, mai ales la femei) cu hiperplazia fibromusculară care condiționează stenoza arterei renale.
— *St.a.r.* acută prezintă: durere colicativă, oligoanurie sau anurie marcată și rinichi mut radio- și scintigrafic.
— *St.a.r. cronică* se demască prin suflul sistolic din regiunea lombară sau flancuri, hipertensiune arterială predo-

Scanned with OKEN Scanner

minant diastolică cu hipersecreție de renină, rebelă la tratament și cu visceralizare rapidă (retinopatie hipertensivă, alterări miocardice depistate prin ECG). *Testul Howard-Withe* se bazează pe scăderea concentrației Na^+ în urina rinichiului bolnav și creșterea K^+, ureei și creatininei, iar *testul Rappaport* folosește numai doi parametri, creatinina și natriuria, după formula:

$$\frac{\text{Creatinina dr.}}{\text{Creatinina st.}} \times \frac{\text{Natriuria st.}}{\text{Natriuria dr.}} = 1 \text{ (la normali)},$$

2 (la ischemia DR), 0,5 (ischemie St.).
Nefrograma izotopică arată asimetria curbelor celor doi rinichi.
Aortografia și arteriografia renală reprezintă testele decisive ale acestei boli.

● Tumorile renale [T.r.]

T.r. prezintă o formă caracteristică adulților și o alta copiilor.
● **Hipernefromul Grawitz** este tumoarea renală a vîrstnicilor care se manifestă în mod diferit: fie ca o boală infecțioasă cu febră, pierdere ponderală, anemie sau cu semne mai caracteristice: hematurie de tip renal (totală), dureri lombare, varicocel simptomatic apărut recent (prin compresia venei spermatice în regiunea retroperitoneală), fie cu o fractură patologică prin metastază osoasă. Rinichiul este mărit de volum, nedureros, palpabil la examenul bimanual, uneori fixat prin aderențe de structurile învecinate; VSH accelerată, anemie hipocromă. Urografia arată un sistem pielocaliceal neregulat, cu calicele superioare sau inferioare scurtate și amputate, după cum tumoarea este localizată în polul inferior sau superior. Scintigrafia prezintă

Scanned with OKEN Scanner

lacune de vascularizaţie. Diagnosticul histopatologic se bazează pe celula Grawitz (mare cu citoplasma bogată în glicogen şi lipide care se colorează cu coloranţii specifici ai acestor substanţe).

● **Nefroblastomul Wilms** este tumoarea copiilor. Rinichi foarte mărit ajungînd să umple sau să deformeze abdomenul; de multe ori hematurie, febră şi totdeauna pierdere ponderală, paloare şi anemie. Puncţia-biopsie indică elementele unui carcinosarcom embrionar cu celule osoase cartilaginoase şi musculare.

● Rinichiul polichistic [R.p.]

Polichistoza renală este malformaţia congenitală cea mai frecventă şi cea mai importantă, cu prognostic sumbru şi complicaţii grave. Se descoperă de obicei la vîrsta adultă cînd apar primele simptome. R.p. al copiilor mici este foarte periculos ducînd repede la exitus.

● **Simptomatologia** este corelată cu dimensiunile rinichilor, compresiunile şi starea nefronilor funcţionali.

— Dureri abdominale şi lombare mai ales în ortostatism (datorite compresiunii şi osteoporozei vertebrelor lombare).

— Colici violente determinate fie de ruptură de chist sau infectarea lui, fie de un calcul.

— Poliurie şi polidipsie prin afectarea tubilor distali şi colectori care determină lipsa de concentrare a urinii.

— Febră, uneori abdomen acut, datorite supuraţiei unui chist şi iritaţiei peritoneale consecutive.

— Hipertensiune arterială determinată de compresia arterei renale sau a ramurilor ei intrarenale.

— Coexistenţa altor malformaţii (chisturi de organ, sindactilie, buză de iepure) sau a altor factori ereditari.

Scanned with OKEN Scanner

— Rinichi măriţi bilateral, neregulaţi cu boseluri la palparea bimanuală.
— Calculoză sau nefrocalcinoză provocate de acidoza hipercloremică.
— Urografic: rinichi mult mărit în sens longitudinal cu calicele distanţate şi neregulat dispuse.
— Scintigrafic: lacune multiple cu rinichi gigant.
— Semne de insuficienţă renală progresivă.

● **Tratamentul** este numai simptomatic şi în funcţie de complicaţiile bolii (supuraţii, calculoză, insuficienţă renală).

● Rinichiul în potcoavă

Această malformaţie se poate recunoaşte clinic dacă se află în contextul altor malformaţii (nanismul) sau prezintă unele simptome oarecum relevante: durere la hiperextensia coloanei lombare, enurezis, suflu sistolic abdominal prin compresia aortei, uneori hematurie, pielonefrită şi calcul.
Diagnosticul de certitudine prin urografie sau scintigrafie, care pun în evidenţă potcoava renală călare pe coloana vertebrală.

● Insuficienţa renală acută [I.R.A.]

I.R.A. este o necroză tubulară acută, consecutivă unui proces ischemo-anoxic de natură infecţioasă, toxică sau mecanică. Este în general reversibilă graţie însuşirii de refacere pe care o posedă celulele endoteliale ale

Scanned with OKEN Scanner

tubilor. Reversibilitatea este însă condiționată de un diagnostic și o terapie specifică — corelată cu dereglările sanguine — și aplicată în timp util; în caz contrar diureza scade sub 200 ml, apar dereglări hidroelectrolitice și acido-bazice, retenție de metaboliți azotați și uremia. I.R.A. constituie o urgență medico-chirurgicală.

● **Elemente etiologice.** Cauzele sînt multiple și se pot grupa în: *generale* (infecții severe cu germeni Gram-negativi, septicemii puerperale); *toxice* (ingerare de săruri de mercur, acid oxalic, substanțe iodate de contrast, alcool metilic, unele hidrocarburi etc.); *prerenale* prin pierderi mari de lichid (vărsături incoercibile din stenoza pilorică, ocluzii intestinale înalte, diaree holeriformă); pierderi de sînge (hemoragii externe sau interne); șoc prelungit cu hipotensiune; cauze *renale* toxiinfecțioase cu necroză tubulară sau obstrucția lor cu hemoglobină (anemie hemolitică), mioglobină (sindromul de strivire — *crush* — Bywaters), sulfamide în condiții de exicoză; cauza *postrenală* reprezentată de litiaza ureterală obstruantă, rareori obstrucția ureterală producîndu-se prin sfacele de la o necroză tisulară sau a papilei renale. Arteriolele renale, ca și cele din alte organe, se pot strictura sau obstrua în perfuzii cu sînge incompatibil — prin hemoglobina rezultată din hemoliză — și prin depunere de fibrină în cursul coagulopatiei intravazale.

● **Elemente clinice.** Semnul caracteristic este oliguria, însoțită de o stare generală alterată, dureri renale, inapetență, astenie. Urina în cantitate de 300—500 ml/zi, concentrată, conține proteine, ureea urinară crescută (sau scăzută în insuficiențe renale mai vechi), scăderea Na^+, pH acid. Se pot desprinde unele entități clinice mai frecvent întîlnite și mai bine conturate.

— *Rinichiul de șoc* survine după o insuficiență circulatorie periferică, colaps sau șoc (traumatic, hemoragic, după

Scanned with OKEN Scanner

arsuri, infecţios, anafilactic, neurogen etc.). Se recunoaşte prin tegumentele reci, faţa de culoare cenuşiu-violacee, tensiunea arterială prăbuşită (la început tensiunea se poate menţine la valori normale datorită contracţiei reflexe a arterelor deşi există ischemia periferică), stare de prostraţie şi indiferenţă. Semne urinare: oligurie (determinată de scăderea tensiunii în artera glomerulară sub normalul de 60 mm Hg), proteinurie, cilindrurie, densitatea urinară scăzută ca şi raportul uree urinară/uree sanguină.

— *Nefropatia cronică acutizată* apare într-o nefropatie veche în stare de compensare, care, în mod brusc, se decompensează; urina scade în cantitate, creşte ureea şi potasiul în sînge, stare generală alterată. Cauza decompensării poate fi o infecţie intercurentă, un medicament nefrotoxic, insuficienţă cardiacă, abatere flagrantă de la regim etc. Este nevoie în aceste cazuri de un examen complet — clinic şi paraclinic: radiografie pulmonară, renală simplă, fundul de ochi, ECG, ionograma, rezerva alcalină, pentru administrarea unei terapeutici corespunzătoare. Hipokaliemia poate fi cauza unei insuficienţe renale care se rezolvă după normalizarea deficienţei. Aceeaşi atitudine se impune în acidoză, cloropenie, tratamentul unui focar congestiv etc.

— *Insuficienţa renală acută prin obstrucţie de ureter* se traduce prin: rinichi mare, dureros spontan şi la palpare, oligoanurie (prin reflex inhibitor al rinichiului sănătos). Radiografia renală simplă confirmă volumul mărit al rinichiului şi poate evidenţia existenţa calculului ureteral dacă este radioopac. În caz contrar se impune cateterismul ureteral şi apoi intervenţia chirurgicală.

● **Tratamentul I.R.A.** trebuie să fie prompt, iar internarea în spital obligatorie. Se combate oliguria prin perfuzii de ser glucozat şi, după hidratare, se poate administra *Manitol* 10% sau 20% care produce o diureză osmotică sau *Furosemid* în doze mari tot i.v. Pentru

Scanned with OKEN Scanner

umplerea rezervorului circulator se utilizează substituenți de plasmă: *Dextran 40*, *Marisang* eventual sînge izogrup. Se corectează acidoza prin injecții de bicarbonat de sodiu, lactat de sodiu sau *THAM* și se aduce ionograma la normal. Antibioticele cu spectru larg sînt utile în infecțiile supraadăugate (pielonefrită, pneumonie, colecistită acută) sau numai cînd se bănuiește o infecție latentă. În cazul intoxicației se administrează substanțe chelatoare *Edetamin* sau *BAL*. La nevoie, dacă parametrii sanguini rămîn alterați, se face hemodializă, repetată dacă e cazul, pînă cînd celulele tubulare revin la normal. Regimul alimentar este în funcție de rezultatul analizelor. Sarea de bucătărie se suprimă numai în caz de oligurie, în poliurie este obligatorie pentru a evita hipotonia plasmatică, iar în intoxicații cu săruri de mercur (sublimat) cantitatea de sare poate fi mărită pînă la 10 g/zi.

Insuficiența renală cronică [I.R.C.]

I.R.C. reprezintă faza finală a nefropatiilor glomerulare, tubulare, tubulointerstițiale (inclusiv pielonefrita) și traduce, pe plan biologic, incapacitatea rinichilor de a menține constantele mediului intern — în special echilibrul acido-bazic — și de a elimina produșii de degradare proteică. Spre deosebire de I.R.A., I.R.C. este ireversibilă și denotă epuizarea mijloacelor de compensare — cauzată de scăderea sau absența amoniogenezei și a capitalului de Na^+ — și de epurare. În faza de compensare a nefropatiilor pH urinar este neutru sau alcalin — alcaloza hipokaliemică — iar în faza de decompensare se produce acidoza hiperkaliemică. Se alterează intens funcția glomerulară de filtrație, funcția

Scanned with OKEN Scanner

tubulară de concentrare și de alcalinizare; aceste deficiențe se datorează reducerii masive a numărului de nefroni funcționali de la 2 000 000 la 20 000—30 000. Sînt afectate toate metabolismele, dar mai ales cel protidic. Se reține nu numai deșeurile rezultate din acest ultim metabolism — acid uric, uree și creatinină — dar și aminele aromatice intestinale — indol, crezol, scatol — care condiționează anemia, prin scurtarea vieții eritrocitelor și inhibarea eritropoiezei. Pe fondul de acidoză și retenție de substanțe toxice se modifică potențialul de membrană al celulelor, avînd ca rezultat apariția fenomenului de transmineralizare care constă în ieșirea K^+ și fosfaților din celulă în plasmă și intrarea în celule a sodiului și a calciului; ca urmare apare hiperkaliemia, hiperfosfatemia, hiponatriemia și hipocalcemia. Hiperfosfatemia determină hipertrofia și hipersecreția de hormon paratiroidian care, după cercetări recente, ar explica pruritul uremicilor.

● **Elemente clinice:** — I.R.C. survine după o nefropatie cronică;

— astenie, inapetență, cefalee, amețeli, sughiț, vomismente, senzație de frig;

— gura și limba uscate, roșii, cu papile atrofiate, miros amoniacal;

— tegumentele palide, gălbui (urocromogenul nu poate fi oxidat și se depune sub piele); masele musculare atrofiate, cu contracturi fibrilare, mișcări involuntare și tresăriri;

— senzoriul alterat cu obnubilare, stări confuzionale, uneori delirante;

— vărsături, diaree — determinate de amoniacul din peretele gastrointestinal — socotite ca fenomene compensatoare pentru eliminarea substanțelor toxice din sînge;

— poliurie osmotică „de necesitate" sau forțată, care duce la exicoză și oligurie.

Scanned with OKEN Scanner

● **Elemente paraclinice**

— *Sindrom urinar:* urina decolorată, cu proteinurie, cilindrurie, celule endoteliale renale descuamate, uneori hematurie. Densitatea fixată, fără variaţii, la valoarea plasmei sanguine deproteinizată 1 010—1 011 (izostenurie); în pielonefrita cu I.R.C. — subizostenurie cu densitatea 1 006—1 007.

— *Sindrom sanguin:* cresc, prin retenţie, creatinina (normal 0,6—1,3 mg%), ureea, acidul uric, aminele intestinale aromate — indol, crezol, scatol — care se pun în evidenţă prin dozarea indicanului (normal sub 0,5 mg‰) şi reacţia xantoproteică Becher (normal 10—20 U).

— *Rezerva alcalină* este scăzută (normal 50—60 vol. CO_2%).

— Creşte *kaliemia* care se evidenţiază prin analiză şi prin ECG (modificări ale undei T — înaltă şi ascuţită).

— Dispar edemele (prin poliuria forţată), uneori şi hipertensiunea arterială.

● **Complicaţiile** I.R.C. sînt mai ales de ordin infecţios anergic.

— *Parotidita hipertrofică*, inflamatoare sau supurată, este cauzată de uscăciunea gurii, microbismul bucal şi scăderea puterii de apărare (de altfel există în I.R. o anergie care face ca un implant de piele să fie tolerat mai bine).

— *Pneumopatia uremică* cu expresie clinică şi radiologică caracteristică. Este afebrilă sau subfebrilă, cu tahicardie, tuse, expectoraţie sanguinolentă; radiografic: densificare în formă de fluture pornind de la hil spre periferie.

— *Pericardita* sau pleurezia uremică — uscată sau lichidiană — datorită poate redeşteptării unui vechi focar tuberculos şi anergiei.

● **Tratamentul** I.R.C. priveşte regimul alimentar şi medicamentos, ambele avînd ca scop scăderea catabolismului, a retenţiei de metaboliţi toxici, suprimarea

Scanned with OKEN Scanner

acidozei și a hiperkaliemiei. Regimul alimentar trebuie să acopere necesitatea de calorii a organismului, în condiții de repaus, în caz contrar se consumă proteinele proprii. Hidrocarbonatele se pot oferi în cantitate mărită pentru a înlocui proteinele alimentare. Lipide, sub formă de gălbenuș de ou, frișcă sau ulei bine rafinat care se digerează ușor sau regimul Giovanetti cu cartofi-ouă. Fructe numai cînd kaliemia nu este prea ridicată. Proteinele alimentare nu trebuie excluse total; sînt aminoacizi esențiali iar lipsa lor scade clearance-ul și posibilitatea de a le utiliza. Lichidele permise — 2—3 l — în raport cu diureza și pierderile lichidiene extrarenale; sare 4—6 g/zi pentru acoperirea pierderilor de clor (prin vărsături și diaree) și cele de sodiu.

Antibiotice în doze mici (din cauza concentrației lor în sînge determinată de deficiența eliminării) în pielonefrite sau în infecții supraadăugate; anabolice (Madiol, acetat de clortestosteron) zilnic sau la 2 zile.

Perfuzia cu ser glucozat hipertonic aduce o cantitate de calorii și are acțiune diuretică. În acidoză perfuzie cu soluția THAM, bicarbonat de sodiu 12,5 g% sau lactat de sodiu dar nu în exces, căci alcalinele, așa cum s-a arătat de curînd pot deplasa apa din celule în spațiul extracelular și determina un edem pulmonar acut. În hiperkaliemie la serul glucozat se adaugă insulină — 1 U pentru 2—3 g glucoză —, calciu gluconic și alcaline, asociate cu o formă de hemodializă.

În hiperfosfatemie hidroxidul de aluminiu și acidul fitic scad absorbția intestinală a fosfaților.

Hemodializa periodică prin rinichi artificial poate prelungi viața bolnavilor; ea se poate efectua și la domiciliul bolnavului, bineînțeles numai de cadre medicale specializate. S-au comunicat unele succese cu acest tratament asociat și cu un control clinic și paraclinic în I.R.C.

Dr. G. RUSSO

Scanned with OKEN Scanner

Bolile reumatismale [B.R.]

Generalităţi

B.R. afectează atît aparatul intraarticular (capsulă, cartilaj, sinovială, ligamente, extremităţi osoase) cît şi cel paraarticular (tendoane, burse seroase); ambele formaţiuni lucrează sinergic, alcătuind împreună o unitate funcţională. Structurile articulare şi paraarticulare sînt constituite din ţesut conjunctiv, derivat din mezenchimul embrionar. Acest ţesut nu este inert, cum se credea; este răspîndit în tot organismul, în mucoase, seroase şi în toate organele corpului în afară de creier şi formează, după date recente, 16% din greutatea corporală. Structura lui, foarte complexă, este o dovadă că ţesutul conjunctiv joacă un rol important, incomplet cunoscut, în economia organismului. Este format din substanţă fundamentală, celule şi fibre. Substanţa fundamentală este alcătuită din nucleoproteine, acid hialuronic şi mucopolizaharide, care se pot depolimeriza, în caz de agresiune patologică şi determina degenerarea sau necroza fibrinoidă. Celulele participă la diferite secreţii legate de sistemul hematopoietic şi de cel neurovegetativ; mastocitele cu granulaţii bazofile sînt producătoare de histamine, heparină şi acid hialuronic; celulele reticulare se găsesc în sistemul reticulohistiocitar din

Scanned with OKEN Scanner

măduva hematoformatoare, splină și ganglionii limfatici; fibroblaștii au o mare potențialitate de transformare. Fibrele conțin colagen și elastină, sînt în formă de spirală și au un rol mai modest de susținere și de amortizare. Patologia țesutului conjunctiv stă la baza tuturor colagenozelor — atît cele ușoare ca B.R. cît și cele maligne.

● **Clasificarea.** Reumatologia, care se ocupă de toate colagenozele — benigne sau maligne — cu implicații articulare, a trecut din faza clinico-sindromologică în faza testelor precise — serologice, biochimice, imunologice, microscopice și electronomicroscopice. Pe baza acestor criterii obiective deosebim în prezent:

— Artropatiile infecțioase determinate de germeni cunoscuți: reumatismul poliarticular acut streptococic, reumatismul dizenteric, gonococic, brucelian.

— Reumatismul inflamator de origine necunoscută: spondilartrita anchilozantă.

— Poliartrita reumatoidă cu etiologie polivalentă (factori ereditari, endocrini, imunologici și inflamatori).

— Reumatismul degenerativ sau de uzură legat de vîrstă sau de presiunea anormală exercitată de o malformație congenitală sau cîștigată.

— Reumatismul dismetabolic — gutos, hemocromatozic, alcaptonuric.

— Reumatismul însoțitor din bolile de colagen maligne (lupus eritematos diseminat, sclerodermie, poliarterită nodoasă, dermatomiozită).

Nu toate artropatiile se pot încadra în această clasificație clasică; există forme de trecere, hibride, cu semne biologice majore aparținînd la două din prototipurile enumerate. Chiar poliartrita reumatoidă este o formă de trecere spre bolile de colagen maligne, fiind indusă în special de factori imunitari. Aceste forme de trecere nu sînt deloc excepționale.

Scanned with OKEN Scanner

● **Actualităţi în diagnostic.** Aplicarea în bolile reumatismale a tehnicilor noi şi a descoperirilor ştiinţifice recente permite o cercetare mai aprofundată a factorilor patologici esenţiali.

— *Examenul lichidului sinovial*, obţinut prin puncţie în condiţii de asepsie perfectă, constituie în prezent un test de rutină. În procesele inflamatorii sau septice celularitatea este crescută, cu predominanţa polinuclearelor sau a limfocitelor; cultura poate arăta germenul piogen sau bacilul Koch. Prezenţa ragocitelor şi proporţia lor faţă de leucocitele normale, a factorului reumatoid şi scăderea complementului sînt caracteristice poliartritei reumatoide. Cristalele de acid uric semnează diagnosticul de gută. În artroza pură lichidul sinovial nu prezintă modificări patologice.

— *Puncţia-biopsie sinovială* este necesară mai ales în formele complicate sau de trecere şi în alte boli rare. Este importantă microscopia optică sau electronică cu imunofluorescenţă care pune în evidenţă complexele antigen-anticorp-complement, semn peremptoriu pentru originea imunologică. În artrita reumatoidă complementul este mai scăzut în lichidul sinovial decît în sînge, ceea ce este un argument în favoarea originii autoimune şi mai ales a rolului important al sinovialei în întreţinerea bolii precum şi un argument pentru o sinoviectomie precoce.

— *Analiza sîngelui* sau a măduvei osoase pentru VSH, ASLO, uricemie, dozarea complementului, electroforeză şi imunoelectroforeză.

— *Analiza urinii* uzuală şi pentru depistarea acidului homogentizinic.

● **Sindromul imunologic** este răspunsul organismului la pătrunderea în corp a unei substanţe străine sau a existenţei unei substanţe proprii degradate şi devenită străină. Acest răspuns sau reacţie se face pe cale umorală, prin formare de anticorpi de către plasmocite, sau pe cale celulară prin limfocitele mici imunocompetente.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul pătrunderii unui microorganism cu acțiune antigenică, acesta se unește cu anticorpii specifici constituind imunitatea microbiană. Răspunsul organismului, adică reacția imunologică, poate fi nulă — toleranță imunologică — sau exagerată ducînd la alterări celulare și constituind boala imunologică, care se întîlnește în toate bolile de colagen maligne. Toleranța imunologică absolută se găsește la gemeni homozigoți (frați univitelini) sau prin iradiere totală. Boala imunologică este o perturbare a homeostaziei, care poate fi congenitală — foarte rar — sau provocată mai ales de anticorpii antinucleari care modifică acizii nucleici și, o dată cu ei, proteinele nou-formate care întreține imunopatia.

— *Antigenii microbieni* din capsula streptococului *viridans* grupa A, agentul reumatismului poliarticular acut Bouillaud-Sokolski, sînt comuni cu antigenii sinoviali și cei ai celulei miocardice. Acest fapt confirmă coafectarea constantă a inimii în forma infantilă a acestui reumatism care survine în jurul vîrstei de 10 ani și este într-adevăr cardioarticular chiar dacă nu apar semne patente de valvulită sau de miocardită decît după mai multe luni sau ani; există însă și cardiopatii infantile sau juvenile care nu au fost precedate de reumatismul poliarticular Bouillaud-Sokolski, dar în care s-au găsit noduli reumatici tipici în endocard, cu ocazia comisurotomiei.

La tineri sau adulți cardiopatia survine mai rar după un reumatism acut, decît la copii; ei realizează reumatismul infecțios streptococic care nu determină în mod constant producerea cardiopatiilor.

Valvulitele aortice din spondilartrita anchilozantă se observă mai ales în formele periferice care se interpretează ca o asociere cu reumatismul poliarticular acut.

• **Actualități în terapeutica reumatologică.** Terapia s-a îmbogățit cu metode active, atît preventive cît și curative, fundamentate pe concepții noi.

— *Tratamentul preventiv* are de scop să preîntîmpine apariția unui reumatism poliarticular acut într-o infecție

Scanned with OKEN Scanner

cu streptococ hemolitic grupa A, deşi numai un număr restrîns de infecţii determină apariţia acestei complicaţii. Se efectuează astfel amigdalectomii sau extracţii dentare sub protecţie de penicilină; eventual, în caz de persistenţă a streptococului sau a titrului ASLO crescut, un tratament de lungă durată — chiar de cîţiva ani — cu penicilină-depozit (Moldamin), procedeu urmat şi de pediatrii noştri.

Malformaţiile congenitale sau cîştigate ale membrelor constituie locul de formare a artrozelor, din cauza uzurii cartilajului prin creşterea presiunii locale. Este cazul inegalităţii membrelor inferioare, a incongruenţei segmentelor în articulaţia coxofemurală *(coxa vara, coxa plana)* sau în genunchi care trebuie corectate din vreme pe cale ortopedică. Deviaţiile axiale se corectează încă din copilărie cu atele sau aparate ghipsate, iar la adulţi pe cale chirurgicală (osteotomii, plastii). În bolile reumatismale cu tendinţă la deformaţii este necesar să se păstreze anumite poziţii funcţionale, menţinute prin atele de material plastic mai ales în timpul nopţii: genunchiul şi articulaţia coxofemurală în extensie sau uşoară flexiune, antebraţul în unghi drept pe braţ, articulaţia scapulohumerală în abducţie cu uşoară rotaţie internă. În tot cazul poziţiile de menţinut trebuie să se opună deviaţiilor şi să permită, în caz de anchiloză, utilizarea membrelor. Terapia profilactică a cîştigat teren în ultimul timp.

— *Tratamentul curativ* medicamentos este folosit de mult, dar acţiunea unor preparate a fost precizată de curînd. Antimalaricele de sinteză — clorochin şi hidroxiclorochin — au, pe lîngă acţiunea ipotetică imunosupresivă, una de impermeabilizare şi întărire a lizozomului; disrupţia lui determină inundarea organismului cu fermenţii proteolitici conţinuţi: hialuronidaza, colagenaza, ribonucleaza, fosfataza alcalină, care cresc în sînge în cazul unei agresiuni patologice aşa cum se

Scanned with OKEN Scanner

întîmplă în poliartrita reumatoidă şi în colagenozele maligne reprezentînd o cauză importantă de agravare. Această complicaţie explică agravările bruşte cu apariţia necrozelor celulare şi tisulare din articulaţii. Medicamentele cu acţiune antiinflamatoare găsesc încă întrebuinţare şi chiar vechiul acid acetilsalicilic (administrat în formă efervescentă dizolvat în apă); se adaugă altele, al căror număr sporeşte mereu, cele mai cunoscute fiind: Fenilbutazona, Indometacinul sau Indocidul şi Brufenul. Sărurile de aur, introduse de mult în practică, au o acţiune antiinfecţioasă; recent li s-a descoperit şi o acţiune antiimunitară şi de impermeabilizare a membranei lizozomice ca şi antimalaricele de sinteză (Clorochin) cu care se pot administra alternativ, bineînţeles cu toate măsurile de precauţie (examen ocular, urinar etc.). Cortizonul are acţiuni multiple: unele foarte favorabile — antialergică, antitoxică şi antiinflamatoare —, altele defavorabile — proinfecţioasă, ulcerogenă, disionică, de tulburare a funcţiei axului diencefalohipofizosuprarenal. Se administrează intraarticular ca tratament local sau cu acţiune generală Prednison *per os* (preferabil dimineaţa întreaga doză sau, mai tîrziu, la 2 zile); perfuzii cu ACTH sau similarul semisintetic de tip Sinacten, numai dacă capsulele suprarenale răspund la acest stimulent (proba Thorne, creşterea cetosteroizilor şi a hidroxisteroizilor).

— *Terapia imunosupresivă* se utilizează numai în artropatiile rezistente şi mai ales în colagenozele grave, folosind antimetaboliţi care inhibă formarea ADN ca azatioprina (Imuran) singur sau asociat cu Prednison şi un antibiotic, uneori şi cu un alchilant ca Clorambucil (Leukeran) sau 6-mercaptopurin (Puri-Nethol). Tratamentul se face numai în spital sub controlul repetat al hemoleucogramei, probelor de sîngerare şi coagulare, ionogramei, electroforezei etc. În dermatomiozite se preferă Metotrexatul sau Puri-Netolul. Rezultatul

Scanned with OKEN Scanner

terapiei imunosupresive este apreciat de mulţi cercetători; are o acţiune antiproliferativă şi antiinflamatoare, care se pot verifica prin anumite analize biochimice.
— *Terapia chirurgicală* se utilizează în artrita reumatoidă şi în artrozele periferice, contra deformaţiilor şi a durerii.
= *Sinoviectomia* precoce se utilizează mai des şi dă rezultate bune în 3/4 din cazuri de poliartrită reumatoidă; ea este fundamentată prin rolul acestei „mucoase articulare" în întreţinerea şi extinderea bolii. Primele modificări ale sinovialei apar la inserţia ei pe cartilajul articular şi constau în infiltraţii celulare, vase de neoformaţie, hipertrofii, zone de necroză; apoi erodează cartilajul, osul şi tot aparatul articular. Suprimarea pungii sinoviale pe cale operatorie sau prin injecţii cu substanţe chimice sau citostatice, făcută la timp, înainte de afectarea părţilor moi, poate opri în multe cazuri evoluţia. Mobilizarea bolnavului trebuie făcută curînd după operaţie; se formează o nouă pungă sinovială fibroasă, în majoritatea cazurilor evoluţia bolii oprindu-se sau fiind mai uşoară.
= *Capsulotomia* singură sau asociată cu alungirea tendoanelor se execută în redori articulare de orice etiologie şi care nu cedează la alt tratament.
= *Osteotomii* în *genu valgus* sau în malformaţii coxofemurale.
= *Artroplastii* totale în cazuri grave de coxartroză şi hemiartroplastii în gonartroză.
= *Artrodeză* în unele artropatii dureroase.
= Rezecţia capului metatarsului sau operaţie plastică în artroza metatarsofalangiană forma dureroasă.
Tratamentul ortopedic şi cel chirurgical trebuie să meargă mînă în mînă cu cel reumatologic; numai astfel se poate conta pe un rezultat bun în formele grave susceptibile de a produce invaliditatea.

Scanned with OKEN Scanner

Reumatismul poliarticular acut [R.P.A.]

Boală infectoalergică produsă de streptococul β-hemolitic grupa A, survine cel mai frecvent în copilărie între 7—14 ani (75%), mai rar în tinerețe între 15—25 ani (20%), rareori la vîrstă mai înaintată sau sub 5 ani. Se manifestă prin reacții exsudative și celular-proliferative ale țesutului conjunctiv subsinovial și subendocardic unde nu se găsesc streptococi ci nodulii reumatismali Aschoff (diametru 500—1 000 microni cu centrul necrotic înconjurat de celule mari mononucleare, eozinofile și polinucleare). Numai un procent mic de infecții streptococice de tipul β-hemolitic grupa A (orodentofaringiene) determină R.P.A.; declanșarea bolii depinde de mulți factori parțial cunoscuți: virulența streptococului — după studii recente ea se mărește în colectivități —, condiții meteorologice (primăvara și toamna cu umiditate crescută), predispoziția individuală la reacții alergoimunologice. Boala nu lasă sechele articulare, dar leziunile cardiace sînt definitive și ireversibile. Afectarea inimii este aproape constantă în forma infantilă, ea apărînd ca un simptom al bolii și justificînd numele dat de școala românească de reumatism cardioarticular.

• **Semne clinice:** debut acut cu frison, febră, transpirații, artralgii; artrite cu tumefiere, roșeață și căldură dar instabile, saltante, prinzînd alte articulații (mai ales ale membrelor inferioare) în timp ce primele s-au remis complet.

— *Cardita* se traduce prin asurzirea zgomotelor cardiace, apariția suflului sistolic la focarul mitralei sau a suflului diastolic la focarul aortic, uneori zgomot de galop care

Scanned with OKEN Scanner

împreună cu modificările ECG, indică afectarea miocardului; frecături pericardice sau pericardita exsudativă, mai rar poliserozită. Recent s-au pus în evidență anticorpii la un antigen comun din capsula streptococului și fibra miocardică.

— *Noduli Meynet* în vecinătatea coloanei vertebrale sau a unor articulații mari, nedureroși la presiune iar la secțiune — noduli reumatici Aschoff.

— *Eritemul circinat* ca un buchet de macule sau papule cu contur roșu aprins.

— Rareori pleurezii sau/și pericardită.

• **Semne biologice:** streptococul β-hemolitic grupa A se găsește în exsudatul amigdalian numai la începutul bolii; VSH accelerată și titrul ASLO crescut la valori mari (300—900 u.) ca și antistreptokinaza, antihialuronidaza și streptodornaza (titrul ASLO crescut este obligator în R.P.A. și este mai mare ca în streptococii cu altă localizare, ceea ce denotă reacția hiperimună);

— prezența proteinei C reactive;

— creșterea α_1- și α_2-globulinelor, a glucozaminei și mai ales a fibrinogenului la de 2—3 ori valoarea normală (200—400 mg%);

— scăderea albuminelor plasmatice și creșterea γ-globulinelor.

• **Semne morfologice.** Țesutul conjunctiv subsinovial și subendocardic trece prin mai multe stadii succesive: exsudativ, cu permeabilitatea capilară crescută; granulomatos cu noduli inflamatori; sclerogen, care este obligator mai ales în edocard, determinînd retracții cicatriceale ireversibile. Sinoviala și țesuturile moi supraiacente sînt edematiate, congestionate, cu lichid sinovial crescut și depozite fibrinoase, care însă se normalizează complet. În miocard se găsesc noduli reumatismali apoi cicatrici fibroase persistente.

• **Complicații.** *Coreea acută Sydenham* este o complicație tardivă, rareori precede R.P.A. Se caracterizează prin: mișcări involuntare, ample, nesistematizate, accen-

Scanned with OKEN Scanner

tuate în emoţii, dispărute în somn, survenind mai ales la sexul feminin. *Tulburări cardiace:* aritmii, bloc atrioventricular, rareori fibrilaţie şi embolii, uneori insuficienţă cardiacă. *Recidivele* pot surveni mai ales la vîrstă tînără şi cînd nu s-a făcut sterilizarea focarului infecţios — amigdalian, dentar, sinuzal — pe cale chirurgicală sau prin antibioterapie.

● **Tratament.** Preventiv: asanarea purtătorilor de streptococ β-hemolitic mai ales în colectivităţi. Curativ: repaus la pat trei săptămîni (prelungit în caz de cardită reumatismală).

— Penicilină 1—2 mil. u., 10—14 zile; apoi pentru prevenirea recidivelor *Moldamin* 600 000 sau 1 200 000 u. la 3—7 zile.

— Corticoterapie: 40—60 mg/zi, după vîrstă şi intensitatea procesului infecţios cu scăderea treptată a dozelor; corectarea hipopotasemiei, hipercalcemiei, hipersecreţiei gastrice, glicemiei.

— Salicilaţii sînt utili numai în doze mari care sînt însă toxice; se pot înlocui cu produse antiinflamatorii mai puţin toxice; se întrebuinţează şi după defervescenţă, scăderea VSH şi a ASLO (Fenilbutazonă, Indometacin, Brufen).

— Amigdalectomia (în medie după 6 săptămîni de la debutul bolii).

● Alte forme de reumatism infecţios [R.I.]

● **R.I. din endocardita subacută** asociază semnele de îmbolnăvire articulară cu cele din endocardita ulcero-vegetantă. Poliartritele sînt uneori benigne, cu preponderenţă algică, mai ales la mişcări, sau acute cu edem,

Scanned with OKEN Scanner

hipertrofie, congestie și hidartroză. Există și artrite datorite emboliilor. Endocardita subacută se recunoaște prin febră, frisoane, purpură, noduli Osler papuloeritematoși pe pulpa degetelor sau lobului urechii; splenomegalie, infarcte viscerale: renale, splenice (ambele foarte dureroase), retiniene sau cerebrale și mai ales prin hemoculturile pozitive care semnează diagnosticul oferind și posibilitatea unui tratament antibiotic specific, care a mărit rata de vindecări.

● **R.I. streptococic** după o infecție paucimicrobiană mai frecvent amigdaliană, la adulți. Se localizează mai ales în articulațiile distale ale membrelor inferioare care sînt hiperemiate și edematiate (genunchi, mediotarsiană sau tibiotarsiană) cu afectarea aparatului ligamentar paraarticular (tendonul Ahile, călcîiul). Boala evoluează de obicei cu subfebrilitate, fără transpirații profuze, artritele nu au caracterul săritor din R.P.A., streptococul incriminat nu este exclusiv β-hemolitic. Este produsă fie de toxinele streptococilor, fie prin reactivitatea organismului și mecanism imunitar. În acest grup intră și reumatismul scarlatinos, mai frecvent în trecut, înaintea erei antibioticelor. *Tratament:* antibiotice urmate de săruri de aur și antiinflamatorii.

● **R.I. focal toxic** este răspunsul organismului la un focar latent, amigdalian, dentar (granulom), sinuzal, genital (prostatic, uteroanexial). Aspectul clinic este de multe ori benign fără modificări articulare, numai cu dureri în membrele cele mai utilizate; mai rar cu inflamație acută, căldură, roșeață locală și hidartroză. Tratamentul poate fi chirurgical (amigdalectomie, extracție dentară, puncție și spălături sinuzale) sub protecție de antibiotice sau cel corespunzător infecțiilor care nu au indicație chirurgicală.

Scanned with OKEN Scanner

● **R.I. brucelian** apare în cadrul brucelozei umane (contractată de veterinari și lucrători care vin în contact cu bovidee, caprine, porcine atinse de această epizootie) cu o formă acută septicemică, cu febră ondulantă, transpirații mari și artrite sau numai artralgii și forma cronică care este prelungită, manifestată de asemenea prin artropatii. Infecția se produce prin contact direct sau prin lapte crud ori insuficient fiert. Diagnostic prin reacția Wright și printr-o anamneză completă.

● **R.I. gonococic** este o mono- sau oligoartrită cu predilecție pentru genunchi și articulația tibiotarsiană, intens inflamate, cu hidartroză, foarte dureroase și însoțite de febră. Apare în cadrul unei septicemii gonococice mai mult sau mai puțin marcate. Gonococul se poate găsi în lichidul sinovial, în sînge, dar mai frecvent în frotiul uretral. Artrita gonococică atacă atît aparatul articular (cartilaj, oase, tendoane, ligamente) cît și cel juxtaarticular lăsînd uneori sechele importante. Tratamentul constă în antibioterapie intensivă asociată cu piretoterapie, eventual crizoterapie.

● **R.I. uretroconjunctivosinovial Reiter-Fiessinger-Leroy** survine mai ales la bărbați adulți. Debut cu diaree, uretrită și prostatită abacteriană, conjunctivită (care nu este obligatorie), articulațiile genunchiului, tibiotarsiană, sacroiliacă inflamate intens și cu dureri mari. Uneori mimează un sindrom de spondilartrită anchilozantă cu semne clinice și radiologice, alteori o periostită calcaneană asociată cu erupție papulopustuloasă plantară. Pare a fi datorat unui virus. Tratament: repaus, antibiotice cu spectru larg (ampicilină, tetraciclină doze mari), piretoterapie, crizoterapie, antiinflamatorii, analgezice. Evoluează uneori spre o spondilartrită anchilozantă cu toate semnele ei.

Scanned with OKEN Scanner

Spondilartrita anchilozantă [S.A.]

Pelvispondilită inflamatoare interesînd articulaţia sacroiliacă şi articulaţiile intervertebrale, urmată de rigiditatea coloanei vertebrale determinată de calcificarea ligamentelor. Predomină la sexul masculin, mai frecvent între 16—30 ani. Cauza bolii este necunoscută; teoria infecţiei gonococice — sprijinită pe frecvenţa prostatitelor şi a limfaticelor care leagă prostata de articulaţia sacroiliacă — a căzut ca şi teoria streptococică, dizenterică, bacilară etc. Recent, teoria decalcifierii osoase, indusă de fosfatazele acide prostatice şi depunerea calciului pe ligamentele vertebrale, nu este convingătoare ca etiologie; poate fi însă consecinţa unui alt agent. Simptomele cardinale sînt: sindesmofitul care apare iniţial între D_{12} şi L_1 şi artrita sacroiliacă, deseori inauguralâ, survenind uneori mai tîrziu.

• **Semne clinice:** debut insidios cu dureri intercostale sciatice, sacrale, costovertebrale sau costosternale ce se intensifică în cursul nopţii (durere de tip inflamator); irita sau iridociclita la un tînăr este suspectă de S.A.

— Mişcările coloanei vertebrale reduse.

— Dureri provocate prin apropierea sau depărtarea puternică a aripilor iliace la bolnavul în decubit dorsal (semn de artrită sacroiliacă).

— Coloana vertebrală devine rigidă, într-o atitudine fixată: cifoză dorsală, dispariţia lordozei lombare şi înlocuirea ei cu cifoză (tipul Bechterew sau descendent pornit de la coloana cervicală); uneori flexiunea dorsală a coloanei este mare pînă la 90°; alteori coloană în trunchi de bambus anchilozată, în extensie, cu rigiditatea articulaţiilor coxofemurale (tip ascendent Pierre Marie-Strümpel).

Scanned with OKEN Scanner

— Indicele respirator scade (diferența între circumferința toracelui în inspirație și expirație profundă) precum și indicii coloanei cervicale (bărbie-stern sau ureche-umăr).

• **Radiologic:**

— *articulația sacroiliacă* la început lărgită, margini osoase zimțuite (ca un timbru postal), apoi se îngustează progresiv și dispare prin sinostoză;

— *sindesmofitele* sînt punți osoase fine, verticale legînd două vertebre contigue. *Vertebra pătrată* prin resorbția marginii anterioare a corpului vertebral (semnul Romanus);

— *sinostoza* articulațiilor periferice și a simfizei pubiene.

• **Complicații:**

— *pulmonare* (bronșită, emfizem pulmonar, cord pulmonar) prin tulburări de ventilație datorite insuficienței pompei toracice;

— *iridociclită* sau *amiloidoză;*

— *insuficiența aortică* nu este excepțională și este produsă de factori alergoimunitari.

• **Forme clinice:**

— *S.A. cu psoriazis* asociază rigiditatea vertebrală cu artrite interfalangiene de tip periferic accentuate și cu deformări mai mari.

— *S.A. la femei* reprezintă o poliartropatie hibridă în care predomină artritele interfalangiene de tip artrită reumatoidă — uneori cu factori reumatoizi prezenți — față de sindromul vertebral mai puțin accentuat.

• **Diagnostic diferențial:**

— *Cifoza juvenilă dureroasă a adolescenților* — boala Scheuermann — se însoțește tot de dureri vertebrale și de cifoză, dar apare la o vîrstă mai tînără, platourile vertebrale sînt neregulate ca foietate, unele corpuri vertebrale cuneiforme și noduli Schmorl.

— *Reumatismul brucelian* afectează coloana vertebrală, articulația sacroiliacă precum și cele periferice, dar este

Scanned with OKEN Scanner

însoțit de febră ondulantă, transpirații și este o boală profesională a crescătorilor de vite.

— *Morbul Pott* este o spondilodiscită tuberculoasă care se recunoaște prin antecedente, subfebrilitate, iar radiografic prin spațiul intervertebral îngustat și neregulat, vertebra superioară și cea inferioară prezentînd leziuni distructive.

— *Metastazele osoase* se recunosc prin lacune osoase cu margini zdrențuite sau distrugerea unui pedicul; stare generală alterată. Neoplasmul primar poate fi pulmonar, mamar, renal, prostatic sau tiroidian.

• **Tratamentul S.A.** cuprinde două proceduri esențiale: radioterapia și gimnastica posturală.

— *Roentgenterapia* se efectuează de la început, chiar cu modificări morfologice minime; doze mici, antiinflamatorii, la 2 zile, 50—75 r. în 5—8 ședințe, repetate eventual după 3—6 luni; segmentul iradiat este articulația sacroiliacă, locul de pornire al bolii, coloana vertebrală sau articulații periferice.

— *Gimnastica posturală* are de scop evitarea deformărilor, tonificarea musculaturii și amplificarea mișcărilor prin: repaus pe pat tare fără pernă; exerciții care contractă mușchii paravertebrali (culcare din ortostatism în clinostatism ventral sau dorsal); mișcări în bazinul cu apă (spre a înlătura forța gravitației).

— *Tratamentul medicamentos* cu antiinflamatoare (în special Fenilbutazon). Cortizonul are o acțiune mai redusă decît în alte boli reumatismale; este mai eficace în artritele periferice, în injecții locale sau generale.

— *Tratamentul balnear* are un scop curativ și unul educativ, de însușire a metodelor de gimnastică posturală și de mișcări active. El se va putea repeta la nevoie de mai multe ori.

— *Tratamentul chirurgical:* tenotomii, capsulotomii, osteotomii sau plastii.

Scanned with OKEN Scanner

Poliartrita reumatoidă [P.R.] [Poliartrita cronică evolutivă — P.C.E.]

P.R. nu şi-a dezvăluit toate tainele, rămîn încă multe elemente necunoscute sau neverificate. Boală a ţesutului colagen, care afectează articulaţiile şi starea generală, fără extindere la organe, dar progresivă şi invalidantă pe plan locomotor. Se admite că este de natură inflamatorie dar cu reacţii autoimunitare, organismul putînd forma anticorpi contra ţesuturilor proprii, contrar părerilor vechi susţinute de marii biologi ai timpurilor trecute (Ehrlich); originea streptococică, tuberculoasă, cu micoplasme sau virusuri nu a putut fi confirmată; se admite în prezent existenţa unor virusuri lente („slow viruses") capabile să determine reacţii imunologice. Factorul reumatoid este expresia acestor reacţii şi un semn important al bolii. Se găsesc în circulaţie diverşi alţi anticorpi — anticelulari, antinuclei, antimembrane, antimitocondrii —, factorul reumatoid fiind şi el un anticorp la o globulină alterată. Toţi aceşti anticorpi formează împreună imunitatea umorală în care plasmocitele au rolul esenţial de producere a lor. Imunitatea celulară intervine mai tardiv, este indusă de activitatea unor limfocite timodependente şi produce leziuni celulare şi necroza fibrinoidă cu alterări ale cartilajelor, ligamentelor, sinovialei şi extremităţilor osoase. Se pare că acelaşi rol distructiv îl au şi leucocitele acoperite de complexele imunologice (factor reumatoid — gammaglobuline — complement) care atacă membrana lizozomilor eliberînd fermenţii proteolitici distructivi.

Scanned with OKEN Scanner

În afară de factorii autoimuni, în geneza P.R. intervin și factori endocrini care explică ameliorarea acestei boli în timpul sarcinii și tolerarea mai îndelungată a unui implant; această imunotoleranță este pusă în legătură cu creșterea gonadotropilor placentari deoarece și în coriocarcinom (unde acești hormoni sînt de asemenea crescuți) se constată aceleași fenomene. Faptul că la rudele apropiate ale bolnavilor cu P.R. reacția de hemaglutinare Waller-Rose și factorul reumatoid sînt mai frecvente decît la străini, ar pleda și pentru existența unui element ereditar în geneza acestei boli complexe.

• **Elementele clinice** ca și predominanța bolii la femei sînt de mult cunoscute, dar cele de debut pot atrage atenția în vederea confirmării diagnosticului prin analize (lichid sinovial, VSH, electroforeză, radiografii articulare etc.). Vîrsta de debut 20—50 ani, cu redoare matinală simetrică a degetelor — mai ales arătător și mediu —, tegumentele articulațiilor afectate congestionate și calde, durere la mobilizare, atrofii musculare; mai tîrziu pielea devine palidă și uscată; se prind articulațiile interfalangiene proximale la mînă și picior cu hipertrofia lor „în fus", subluxații cu deviația cubitală a degetelor și degete „în ciocan" sau fixate în echin la picioare, unghii friabile cu striații longitudinale. Afectarea articulațiilor mari ale membrelor și nodozități nedureroase pe antebraț, cot, rotulă, uneori de dimensiuni mari, completează tabloul clinic.

• **Elemente biologice:**

— *Reacția Waller-Rose* nu este nici constantă nici inaugurală, dar are un caracter cvasispecific pentru P.R. Este o reacție de hemaglutinare a hematiilor de oaie sau de om din grupa 0, sensibilizate cu ser de iepure anti-oaie respectiv anti-om; ea evidențiază factorul reumatoid (macroglobulină IgG ce se găsește în miocard, pe sinovială și în nodulii subcutanați).

Scanned with OKEN Scanner

— *Reacția latex* încărcat cu γ-globuline umane nu este specifică, dar mai simplă și are valoare orientativă.
— *Reacția rozetei* apare mai timpuriu ca celelalte, este specifică și se bazează pe proprietatea de aderare a imunocitelor (adică a eritrocitelor bolnavului la limfocitele sensibilizate cu imunoglobuline de iepure anti-om).
— *Electroforeza proteinelor:* creșterea α_2- și γ-globulinelor, scăderea albuminelor; probele de disproteinemie pozitive.
— *Imunoelectroforeza:* creșterea globulinelor IgM.
— *Lichidul sinovial:* creșterea numărului de celule, mai ales a polinuclearelor normale și ragocitelor (leucocite cu vacuole provenite din liza citoplasmei provocată de agregatele imunologice antigen-anticorp-complement). Scăderea complementului se găsește aproape constant și este determinată de consumul lui în reacțiile antigen-anticorp. Anticorpii antinucleari, antimembrană, antimiocardici etc. și celulele lupice sînt mai frecvenți în lupusul eritematos diseminat (L.E.D.) și în formele grave ale P.R., care sînt de fapt forme de trecere spre L.E.D. sau așa-numitul reumatism lupoidic.

• **Radiologic:** osteoporoză mai accentuată în epifiza intraarticulară a oaselor, uneori resorbții osoase mari care duc la degete telescopate în cazurile grave și la geode în cazurile obișnuite, părțile moi ale articulațiilor sînt tumefiate; îngustarea interliniei articulare cauzată de atrofia cartilajelor.

• **Elemente morfologice.** Sinoviala se hipertrofiază pînă la forma papilomatoasă; apar vase de neoformație, vilozitățile se infiltrează în cartilajul articular ducînd la fisuri și ulcerații mai ales în zona de inserție a sinovialei. Alterările osoase sînt produse tot de vilozități, determinînd uneori anchiloze fibroase sau osoase — sinostoze. Tendoanele și bursele seroase sînt și ele modificate. Mușchii se atrofiază, au uneori noduli reumatici. Amiloidoza este frecventă în formele vechi care explică și

Scanned with OKEN Scanner

— *Reacția latex* încărcat cu γ-globuline umane nu este specifică, dar mai simplă și are valoare orientativă.
— *Reacția rozetei* apare mai timpuriu ca celelalte, este specifică și se bazează pe proprietatea de aderare a imunocitelor (adică a eritrocitelor bolnavului la limfocitele sensibilizate cu imunoglobuline de iepure anti-om).
— *Electroforeza proteinelor:* creșterea α_2- și γ-globulinelor, scăderea albuminelor; probele de disproteinemie pozitive.
— *Imunoelectroforeza:* creșterea globulinelor IgM.
— *Lichidul sinovial:* creșterea numărului de celule, mai ales a polinuclearelor normale și ragocitelor (leucocite cu vacuole provenite din liza citoplasmei provocată de agregatele imunologice antigen-anticorp-complement). Scăderea complementului se găsește aproape constant și este determinată de consumul lui în reacțiile antigen-anticorp. Anticorpii antinucleari, antimembrană, antimiocardici etc. și celulele lupice sînt mai frecvenți în lupusul eritematos diseminat (L.E.D.) și în formele grave ale P.R., care sînt de fapt forme de trecere spre L.E.D. sau așa-numitul reumatism lupoidic.

• **Radiologic:** osteoporoză mai accentuată în epifiza intraarticulară a oaselor, uneori resorbții osoase mari care duc la degete telescopate în cazurile grave și la geode în cazurile obișnuite, părțile moi ale articulațiilor sînt tumefiate; îngustarea interliniei articulare cauzată de atrofia cartilajelor.

• **Elemente morfologice.** Sinoviala se hipertrofiază pînă la forma papilomatoasă; apar vase de neoformație, vilozitățile se infiltrează în cartilajul articular ducînd la fisuri și ulcerații mai ales în zona de inserție a sinovialei. Alterările osoase sînt produse tot de vilozități, determinînd uneori anchiloze fibroase sau osoase — sinostoze. Tendoanele și bursele seroase sînt și ele modificate. Mușchii se atrofiază, au uneori noduli reumatici. Amiloidoza este frecventă în formele vechi care explică și

Scanned with OKEN Scanner

cardiopatia bolnavilor și se evidențiază prin biopsie anală sau gingivală, iar clinic se recunoaște uneori prin hepatosplenomegalie și sindrom nefrotic.

• **Tratamentul** s-a îmbogățit atît prin cunoașterea rolului unor produse farmacologice întrebuințate în mod empiric, cît și a anumitor tehnici care s-au dovedit utile ca sinoviectomia chirurgicală sau medicală precoce.

— *Substanțele antiinflamatorii:* acid acetilsalicilic, Indometacin, Fenilbutazonă, Brufen au efecte momentane.

— *Corticoterapia*, ca tratament general și local intraarticular, este fundamentată pe acțiunea antiinflamatorie, antialergică, analgezică și generală trofică și psihostimulantă; totuși acțiunea ei este mai mult suspensivă ca durere și mai puțin curativă. Nu trebuie însă neglijate acțiunile adverse ale acestei terapii: proinfecțioasă, catabolică (cu atrofii musculare, osteoporoză), neoglucogeneză și prodiabetică, excitantă a secreției gastrice favorizînd formarea ulcerului gastroduodenal sau perforarea lui (la care contribuie și acțiunea catabolică). Se preferă în prezent perfuziile cu ACTH natural sau sintetic (Synacthen) care evită fenomenele de epuizare a capsulei suprarenale și dereglarea axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal; este necesar să se facă în prealabil proba Thorne sau dozarea de 17-cetosteroizi și 11-hidroxisteroizi, pentru a stabili acțiunea corticotropă a stimulinelor hipofizare.

— *Crizoterapia*, deși utilizată de aproape 50 de ani, a fost recent fundamentată terapeutic: s-a demonstrat acțiunea de impermeabilizare a membranei lizozomale (care este comună cu a antimalaricelor de sinteză), de inhibare a limfocitelor și a formării de anticorpi. Tratamentul se face sub control pentru a evita complicații ca eritrodermia, aplazia medulară, apariția unei nefropatii toxice.

— *Tratament balnear* cu mișcări în baie, masaje, aplicații de parafină pot fi de folos mai ales în formele incipiente.

Scanned with OKEN Scanner

— *Antimalaricele de sinteză* (clorochin sau hidroclorochin) se utilizează în toate colagenozele grave ca tratament antiimunitar şi pentru a evita disrupţia membranei lizozomiale; impermeabilizarea ei se recunoaşte prin scăderea fosfatazei alcaline şi a glucuronidazei. În tratamentul cu antimalarice este nevoie de control sanguin, ocular şi al stării generale.

— *Tratamentul imunosupresiv* se utilizează în P.R. grave, rezistente la tratament (probabil forme de trecere spre o boală de colagen malignă). Se realizează cu antimetaboliţi (inhibitori ai acidului dezoxiribonucleic) mai ales azatioprină (Imuran) 2—3 mg/kilocorp asociat sau nu cu corticosteroizi şi sub o strictă supraveghere sanguină şi clinică.

— *Tratamentul chirurgical* constă în ablaţia sinovialei, recunoscută în prezent ca punct de plecare şi de întreţinere a P.R.; această constatare se bazează pe faptul că în lichidul sinovial complementul este mai scăzut ca în sînge sau în măduva hematoformatoare, iar complexele autoimune sînt mai numeroase; apoi leziunile cartilaginoase şi osoase sînt în vecinătatea inserţiei sinovialei. Sinoviectomia nu trebuie făcută cînd procesul distructiv este înaintat; eliminarea acestui focar infecţios — panus — opreşte în multe cazuri evoluţia bolii (suprimarea sinovialei se poate face şi pe cale biochimică introducîndu-se în cavitatea sinovială Au^{198}, Y^{198} sau Tio-tepa).

• **Forme clinice:**

— *Forma juvenilă* la copii sub 16 ani în general, fără deosebire de sex. Pare să fie o formă de trecere de la R.P.A. spre P.R. cu debut acut sau subacut; afectează articulaţiile periferice, uneori sacroiliacă, frecvent însă coloana cervicală şi temporomandibulară; articulaţiile interfalangiene sînt prinse mai tîrziu. Se poate complica cu endocardită, pericardită sau iridociclită.

Scanned with OKEN Scanner

ASLO și VSH crescute; uneori se cultivă streptococul β-hemolitic, dar se poate găsi și factorul reumatoid și proteina C reactivă. Răspunde bine la corticoterapie.
— *Artropatia psoriazică* este mai frecventă la bărbați. Apare întîi psoriazisul cutanat (localizare preferențială la cot, genunchi, pielea capului; semnul spermanțetului), afectează articulațiile interfalangiene distale și cele mari ale membrelor fără să păstreze simetria. Are un prognostic rău din cauza deformărilor mari, evoluției mai rapide, osteolizei mai intense (cu extremități subțiate sau telescopate). Articulațiile sînt calde, roșii, foarte dureroase, cu sinoviala hipertrofiată, papilomatoasă. Uricemia crescută ca și β- și γ-globulinele, testul Waller-Rose, latex și al rozetei negativ. Tratamentul este mai dificil din cauza acțiunii uneori defavorabile asupra leziunilor cutanate; antimalaricele de sinteză sînt rău tolerate. Crizo- și cortizonoterapia se încep cu doze mici, de încercare; de asemenea și preparatele antiinflamatorii.
— *Sindromul Still-Chauffard* la copii mici, sub 6 ani, cu febră, stare generală și de nutriție alterate, poliartrite periferice ale membrelor, afectarea coloanei cervicale; atrofie musculară, splenoadenomegalie, slăbire continuă pînă la caşexie și exitus inevitabil.
— *Sindromul Felty*, la adulți tineri, cu splenoadenomegalie, leucopenie și poliartrite care interesează aparatul articular și periarticular; are un prognostic grav.

Artrozele [A]

Sînt reumatisme degenerative, interesînd inițial cartilajul și apoi celelalte structuri ale articulațiilor membrelor și ale coloanei vertebrale. Se admite astăzi că depolarizarea lanțurilor de mucopolizaharide determină

Scanned with OKEN Scanner

scăderea rezistenței și pierderea elasticității cartilajului articular, astfel încît nu mai amortizează presiunea exercitată asupra lui, pe care o preia osul subcondral; așa se explică suferința epifizelor sau a platourilor exprimată prin resorbții, scleroze și deformări osoase cu condensări marginale. A. apar de obicei în a doua jumătate a vieții, cînd începe procesul de îmbătrînire și arterioscleroză cu ischemia consecutivă. Cartilajul este un țesut braditrof, se hrănește prin absorbția alimentelor din capilarele periostale și osoase. Malformațiile congenitale sau cîștigate (spondilolistezis, deviații în var sau valg) grăbesc procesul artrozic, ca și diabetul zaharat, obezitatea, staza venoasă din varice sau compresiuni.

● **Diagnosticul** artrozelor este de mult cunoscut, atît clinic cît și radiologic. În ultimii ani s-au perfecționat mijloacele de investigație prin *radiocinematografie* sau *cinefluorografie* care permite vizualizarea deplasării segmentelor osoase din articulație în timpul unei anumite mișcări (flexiune, extensie etc.); metoda nu a intrat în practica curentă. *Discografia* constă în introducerea unei substanțe de contrast în nucleul pulpos al discului intervertebral, pentru determinarea poziției; metoda este rar utilizată prin riscul de malacie a cartilajului. *Discoradiculografia* evidențiază atît discul cît și rădăcinile, injectînd o substanță de contrast în spațiul intervertebral.

● **Semnele clinice** cardinale sînt: dureri la presiunea interliniei articulare sau la distanță (în spondiloze cu compresiuni radiculare), dureri la începutul mersului, limitarea mișcărilor și cracmente articulare iar, în faza mai tardivă, deviații de ax ale segmentelor osoase.

— *Radiologic:* pensarea spațiului articular, ceea ce echivalează cu îngustarea cartilajului; osteofite marginale (care provin din calcifierea fibrelor periostale și a celor din țesutul conjunctiv subcondral) și sînt consecința

Scanned with OKEN Scanner

iritației lor de către cartilajul articular subțiat, rigid și fără elasticitate. Prezența nodulilor Heberden, ei înșiși expresia artrozei interfalangiene distale, sînt un semn de poliartroze.

— *Morfopatologic:* cartilajul articular uscat, rigid, cu eroziuni (care lasă epifizele osoase articulare neprotejate), sinoviale îngroșate, cu franjuri marginale, care se pot desprinde, formînd o complicație importantă; acești corpi străini intraarticulari au repercusiuni serioase asupra mobilității și a durerilor pe care le declanșează.

— *Tratamentul general preventiv* vizează corectarea malformațiilor congenitale sau cîștigate, înainte de a se complica cu modificări artrozice; se realizează prin atele, aparate gipsate, eventual pe cale operatorie, cînd este vorba de genunchi, șold, coloana vertebrală cu hiperlordoze sau cifoze; în inegalitatea membrelor inferioare se recomandă încălțăminte ortopedică sau tenotomii; corectarea piciorului plat.

= *Curativ:* combaterea obezității, uricemiei, diabetului; tratarea varicelor prin procedee chirurgicale sau medicale; calciu cu vitamina D_2 în osteoporoză; vitamine din grupul B, Gerovital mai ales iarna și în timpul verii produse iodate; masajul mușchilor pentru evitarea atrofiei și tratament balneo-climatic.

• **Spondilozele** au o pondere mare prin frecvența lor și numărul mare de complicații pe care le generează. Se produc mai ales în segmentele cu mobilitate mare a coloanei vertebrale și care suportă greutatea corpului, cum este regiunea lombară și, într-o măsură mai mică dar cu complicații mai ales nervoase, regiunea cervicală.

• **Spondiloza lombară** este o artroză vertebrală, care survine între 40—50 ani, mai curînd în malformații necorectate.

Semne clinice: dureri spontane și la mișcări determinînd frecventul și clasicul lumbago, cu dispariția lordozei lombare (rar hiperlordoză) și accentuarea cifozei

Scanned with OKEN Scanner

dorsale; dureri la distanță determinate de compresiunea rădăcinilor nervoase în găurile de conjugare la diferite niveluri.

Semne radiologice: pensarea spațiului intervertebral (care în mod normal se lărgește de la L_1 la L_5), osteofite marginale, osteoporoză, osteoscleroză subcondrală. În centrul cartilajului intervertebral se găsește nucleul pulpos care, la tineri, este de consistență gelatinoasă, servind drept șarnieră articulară și înconjurat de un inel fibros. Între 30 și 40 de ani nucleul pulpos se întărește, fisurează inelul fibros în partea posterioară unde este mai subțire și irită ligamentul vertebral posterior care are o inervație bogată ceea ce explică durerea și contractura musculară din cursul lumbago-ului acut. Dacă nucleul pulpos se infiltrează prin brețele inelului fibros, poate ajunge în gaura de conjugare, unde „intră în conflict" cu rădăcina senzitivă determinînd apariția unei nevralgii monoradiculare sau, în cazuri mai avansate, a herniei de disc. *Meralgia parestezică* este o nevralgie de femurocutanat provocată de compresiunea rădăcinii L_2—L_3; se caracterizează prin dureri și mai ales arsuri pe fața externă a coapsei fără să depășească genunchiul. *Nevralgia crurală* se produce prin compresia rădăcinii L_3—L_4 și determină dureri pe fața antero-internă a coapsei și gambei pînă la maleola internă, cu abolirea uneori a reflexului rotulian. Se întîlnește și în unele ginecopatii și în metastaze ganglionare sau vertebrale (de obicei nevralgia este atunci tenace și poliradiculară). *Nevralgia de obturator* produce dureri pe fața internă a coapsei pînă la genunchi. *Nevralgia sciatică (N.S.) și hernia de disc (H.D.)* sînt determinate de „conflictul discoradicular" L_4—L_5 sau L_5—S_1 (sau hernia de disc în L_5 sau S_1); mult mai rar intervine o intoxicație sau o boală dismetabolică ca diabetul zaharat. N.S. provoacă dureri spontane în regiunea fesieră, fața posterioară a coapsei, postero-externă a gambei pînă

Scanned with OKEN Scanner

în haluce (în N.S. L_4—L_5 sau H.D. — L_5) sau în degetele externe (în N.S. — L_5—S_1 sau H.D. — S_1). Obiectiv durerea se poate provoca prin compresiunea digitală a punctelor Waleix, în care nervul este mai la suprafață și poate fi abordat ușor. Un semn vechi dar foarte important este durerea la elongația nervului care se produce prin cunoscutul semn Lasègue în decubit sau prin manevra Léri în ortostatism. În H.D. veche se abolește reflexul ahilian (nevrită sciatică). În H.D. L_5 bolnavul nu poate bate tactul și merge greu pe călcîi; în H.D. de S_1 nu poate merge pe vîrfuri. Uneori, în formele cu durată mai prelungită, se produc atrofii musculare în mușchii dependenți de acest nerv. H.D. mediane pot cauza dureri sau impotențe funcționale în basculă. Se pot complica cu paralizia de nerv sciatic popliteu extern și atrofii musculare consecutive. Tratament: repaus pe pat tare, analgezice asociate cu decontracturante (Clorzoxazon, Trecid); injecții epi- sau peridurale cu hidrocortizon acetat și xilină; rahianestezie (mai ales în formele hiperalgice); extensia coloanei vertebrale; ablația chirurgicală a herniei în herniile paralizante sau cu tulburări de micțiune.

• **Spondiloza toracală** are mai multe semne radiologice (pensare, osteofite, artroze ale articulațiilor mici interapofizare, costovertebrale sau costosternale). *Sindromul Baastrup* este o osteoartroză interspinoasă, mai frecvent în regiunea dorsală și lombară survenind mai ales în hiperlordoze. Semnele clinice se rezumă la dureri vertebrale sau intercostale legate mai mult sau mai puțin de modificările coloanei toracice.

• **Spondiloza cervicală** este mai frecventă și se manifestă prin:

— *Semne clinice organice:* dureri occipitale iradiate în regiunea scapulară și brahială. Presiunea exercitată pe vertex determină sau mărește durerea occipitală (manevra Spurling); cracmente la rotație și mișcări de lateralitate ale capului care sînt limitate.

Scanned with OKEN Scanner

— *Semne neurovegetative* și nevrotice: tulburări de echilibru, vizuale (vedere neclară, scotom), auditive (acufene), disfagie, ameţeli, greţuri etc. formînd *sindromul simpatic posterior Barré-Lieou.*
— *Semne radiologice:* pe radiografia de profil se observă îngustarea spaţiului intervertebral şi osteofitoza; în cea de 3/4: strîmtorarea găurii de conjugare unde se produce conflictul discoradicular.
Tratament: roentgenterapie, injecţii cu novocaină simplă sau asociată cu hidrocortizon, Griseofulvin M, sedative, ionizări etc.
= *Periartrita scapulohumerală* (P.S.U.). În ultimii ani s-au făcut progrese mai ales în privinţa elementelor etiopatogenice. Se produce pe fondul cervicartrozei la care se adaugă factori de climat, de mediu şi profesionali, mai frecvent la bărbaţi în a doua jumătate a vieţii. *Clinic:* reducerea mişcărilor de abducţie şi rotaţie a braţului (care se fac în jurul bursei subacromiodeltoidiene situată între deltoid şi muşchii rotatori ai humerusului formînd o adevărată articulaţie). P.S.U. poate fi: uşoară, determinată de inflamaţia tendoanelor muşchilor supraspinos şi biceps; gravă, cu necroza acestor tendoane şi inflamaţia bursei; paralitică, cu imposibilitatea oricărei mişcări prin ruptura tendoanelor sau calcificarea lor. Trebuie diferenţiată de: artrita glenohumerală — foarte rară — care este uneori de natură infecţioasă sau tuberculoasă; de „umăr îngheţat" prin capsulită retractilă; de osteonecroza capului humeral (radiografic: turtirea lui pe faţa internă şi structura osoasă neregulată) care poate apărea după corticoterapie intensivă; de paralizia circumflexului, care se recunoaşte, mai ales radioscopic, prin ridicarea capului humeral la mişcarea de abducţie şi care, în acest caz, se face prin contracţia trapezului.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament: repaus articular în perioada dureroasă, apoi mișcări progresive pasive, masaje musculare contra atrofiei, roentgenterapie; în ruptura ligamentară imobilizare în abducție cu aparat gipsat 3—4 săptămîni.

= *Nevralgia cervicobrahială*, generată de compresiunea radicului în gaura de conjugare de către osteofite, este similară nevralgiei sciatice. Survine mai frecvent la femei și se exteriorizează prin dureri în umăr iradiate în membrul superior, contracturi musculare urmate de atrofie. Intervin și alți factori etiologici ca: hipertensiune arterială, distonii neurovegetative, tulburări de menopauză. Nevralgiile cervicobrahiale pure sînt monoradiculare, iar durerile sînt în funcție de radicului prins în conflictul discoradicular. Se diferențiază de o tumoare de vîrf pulmonar *(Pancost-Tobias)* sau de una osoasă prin faptul că acestea sînt poliradiculare, mai intense și mai durabile. *Tratament:* repaus cu imobilizare în formele incipiente foarte dureroase, roentgenterapie centrată pe discul corespunzător, infiltrații cu novocaină, tratamentul menopauzei, sedarea nervoasă și a durerii.

= *Sindromul umăr-mînă Steinbrocker* debutează după vîrsta de 50 ani cu durere și limitarea mișcărilor în articulația scapulohumerală; ulterior apar dureri în mînă, însoțite de edem și hiperemie care limitează mișcările degetelor; în stadiul următor edemul mîinii se reduce pînă la dispariția completă a suculenței, apoi tegumentele și mușchii se atrofiază, pilozitatea se rărește pînă la dispariție, țesutul conjunctiv și pielea se sclerozează. *Radiografic:* osteoporoza întregului membru, mai accentuată la oasele mîinii. Boala este polietiologică: în afară de cervicartroză cu tulburările circulatorii consecutive, intervin tulburări circulatorii după un traumatism al regiunii scapulohumerale (fractură, luxație), după o hemiplegie, sau infarct miocardic, rareori prin acțiunea toxică a unor medicamente administrate în doze mari

Scanned with OKEN Scanner

sau prelungite (Metiltiouracil, tuberculostatice, cum s-a arătat recent). Se pare că toți acești factori acționează prin stimularea tonusului sistemului simpatico-cromafin. *Tratament:* coronarodilatatoare; suprimarea sau scăderea dozelor medicamentoase; antiinflamatoare, corticosteroizi sau ACTH în perfuzie după normele descrise la capitolul P.R., infiltrații cu xilină în ganglionul stelat — pentru a frîna stimulul simpaticului —, *Hydergin*, *Complamin* sau *Griseofulvin M*.

• **Artrozele membrelor** inferioare au deseori un caracter invalidant.

— *Coxartroza* apare predominant la femei, între 50—60 ani și mai ales la cele cu malformații (luxații, fracturi, *coxa valga*, *vara*, necroze aseptice ale capului femural, inegalitatea membrelor inferioare, osteoporoză, incongruență cotilofemurală). *Semne clinice:* dureri la mers în regiunea inghinală, fese, coapse cu semnul salutului (proiectarea anterioară a trunchiului și capului), imposibilitate de a se așeza pe un scaun scund, mișcări reduse în articulația coxofemurală, șchiopătare. *Radiografic:* pensarea interliniei articulare, osteofite, geode osoase în capul femural și în sprînceana cotiloidă, deformarea sau turtirea lui. Trebuie diferențiată de alte afecțiuni asemănătoare: *periartrita coxofemurală* (mai rară); *coxalgia* (survine la tineri; este însoțită de adenopatii și radiologic leziuni distructive); *coxita* (de natură infecțioasă, deseori gonococică, cu dureri vii și impotență funcțională, dar cu radiografie negativă). *Tratament:* a) *preventiv:* suprimarea malformațiilor congenitale sau dobîndite (ghete ortopedice, tenotomii), corectarea pe cale chirurgical-ortopedică a luxațiilor sau a incongruenței segmentelor osoase; b) *curativ:* osteotomii, artroplastii totale, artrodeză (în formele dureroase).

— *Gonartroza* survine mai ales la sexul feminin, în jur de 50 de ani, cu obezitate, varice și tulburări în circulația venoasă. Grăsimea se poate depune și în jurul

Scanned with OKEN Scanner

genunchilor stînjenind şi mai mult mişcările articulare (lipartroza Weissenbach-Françon). Poate fi consecinţa unei malformaţii congenitale (*genu varum* sau *valgum*), fracturi sau traumatism. *Semne clinice:* genunchi hipertrofiat, dureros la presiunea interliniei articulare sau la inserţia labei de gîscă; uneori hidartroză. *Radiografic:* îngustarea spaţiului interosos, osteoscleroza platourilor tibiale, osteofitoză, neregularitatea spaţiului retrorotulian (de profil). Diagnosticul diferenţial se face cu: fisura sau fractura rotuliană (mai ales la lipartroze), condromalacia rotulei, durerea genunchiului provocată de coxartroză. *Tratament:* mers sprijinit, corectarea picioruluí plat, repaus relativ, roentgenterapie, eventual ablaţia rotulei.

• **Poliartrozele** nu constituie un sindrom bine conturat. În sens morfopatologic ele sînt consecinţa uzurii şi senescenţei cartilajelor articulare şi intervertebrale. Boala poliartrozică reprezintă o meiopragie a cartilajelor lipsite de rezistenţă şi care se alterează repede şi intens. Este cronică, cu perioade acute caracterizate prin tumefierea articulaţiilor, exsudate, dureri, creşterea VSH şi α_1-, α_2- şi β-globulinelor peste valorile obişnuite; interesează articulaţiile vertebrale, interfalangiene, metacarpofalangiene cu preponderenţă mare pentru sexul feminin ceea ce pledează pentru o formă de trecere spre P.R., factorul reumatoid fiind pus inconstant în evidenţă. Existenţa unei hiperuricemii pledează pentru o componentă gutoasă. După alte teorii ar fi vorba de suprapunerea în timp a două artropatii. *Tratamentul* constă în: asanarea focarelor septice, reglarea dismetabolismelor, antiinflamatoare, eventual produse corticozonice sau iodate, balneoterapie.

• **Boli reumatismale dismetabolice** cauzate de depunerea de substanţe organice sau minerale în ţesuturile articulare şi în unele viscere.

Scanned with OKEN Scanner

— *Artropatia urică sau guta* este consecința hiperproducției sau lipsei de eliminare a acidului uric care crește în sînge la valori de peste 5—6 mg% și se depune în articulații. Apare aproape exclusiv la bărbați obezi, cu tare ereditare sau endocrine (rareori la femei după menopauză). Hiperuricemia provine din producția exagerată de urați din alimentele consumate în exces (bulimie diabetică sau endocrinopată, mixedem, encefalopatii sau tumori de ventriculi cerebrali), hemopatii cu distrugeri de celule sanguine (leucoze, poliglobulii) sau cînd organismul are posibilitatea de sinteză a acidului uric; uneori intervine absența sau insuficiența de eliminare. Acidul uric se formează prin oxidarea nucleoproteinelor de către un ferment special, xantinoxidaza, care ocupă un loc central în declanșarea unui acces acut de gută sau a unei forme cronice.

— *Accesul de gută* este forma acută a artropatiei urice. Apare noaptea sau dimineața „la cîntatul cocoșului" și după o masă îmbelșugată, cu dureri violente în haluce, care este tumefiat, cald, roșu, aspect supurativ cu limfangită sau adenolimfangită; stare generală alterată, febră, transpirații, vomismente, constipație, VSH accelerată, leucocitoză cu neutrofilie și creșterea uricemiei.

— *Guta cronică* se definește ca o artropatie mono- sau oligoarticulară, mai ales la membrul inferior, și prezența tofilor în jurul tendonului Ahile, olecranului, pavilionului urechii și în lichidul sinovial sub formă de ace vizibile la examenul microscopic; iritația produsă de aceste cristale determină fie formarea unei artrite acute cu edem, tumefiere și creșterea lichidului sinovial, fie o artroză prin depunerea lor pe cartilajul articular. Artropatia hiperuricemică se însoțește adesea de o nefropatie gutoasă care se exprimă prin: albuminurie, hematurie, retenție de metaboliți azotați, hipertensiune arterială. Litiaza urică nu este obligatorie în guta cronică, dar totuși posibilă. Asociația cu artrozele sau

Scanned with OKEN Scanner

cu P.R. este destul de frecventă. Tofii gutoşi pot deforma mîinile şi picioarele cînd sînt în cantitate mare. *Radiologic:* geode osoase, întinse şi spre diafiză, prin erodarea ţesutului osos de către cristalele de urat de sodiu depuse pe cartilaj, tendoane, burse, sinovială. *Tratament:* în atacul de gută: colchicină (2—3 comprimate a 1 mg, scăzîndu-se progresiv); se poate asocia sau înlocui cu medicamente antiinflamatoare (Fenilbutazonă, Indometacin sau cortizon). În guta cronică: regim alimentar (hipoproteinic, fără cafea, ceai tare, crustacee, peşte mic, viscere, ape minerale în cantitate mare); ca medicamente: Allopurinol sau Thiopurinol, inhibitoare ale xantinoxidazei sau eliminatoare de acid uric (Probenecid sau Anturan) asociate cu colchicină.

— *Artropatia hemocromatozică* este provocată de depunerea de hemosiderină în articulaţiile mari ale membrelor inferioare şi în cele metacarpofalangiene putînd fi confundată cu coxartroza sau cu pollartrita reumatoidă. Hemosiderina poate fi congenitală (diabet bronzat) sau dobîndită (anemii hemolitice, după transfuzii de sînge sau tratament marţial prelungit).

— *Condrocalcinoza* este o boală foarte rară, determinată de depunerea cristalelor de pirofosfat de calciu, vizibile radiografic pe structurile articulare.

— *Artropatia ocronozică* din alcaptonurie, boală disenzimatică caracterizată prin prezenţa în urină a acidului homogentizinic care conferă ţesutului conjunctiv, urechilor, unghiilor şi nasului o culoare cenuşie-negricioasă.

• **Reumatismul alergic** este cauzat de introducerea în corp a unei fracţiuni protidice, microb sau substanţe medicamentoase, faţă de care organismul reacţionează prin formare de anticorpi specifici.

— *Boala serului* apare la 8—20 zile după injectarea unui ser eterogen. Se traduce prin artralgii sau artrite acute sau subacute cu tumefacţie, exsudat, roşeaţă şi căldură locală, mişcări îngreuiate; ca semne generale: eruptii

Scanned with OKEN Scanner

urticariene sau purpurice, prurit, adenopatii, edemul feței. VSH normală, uneori creșterea procentului de eozinofile; oligurie și albuminurie. Boala este datorită depunerii de complexe antigen-anticorp pe capilare, arteriole și țesuturi articulare. *Tratament:* antihistaminice și antialergice *(Nilfan, Romergan, Feniramin)*, corticosteroizi, ACTH.

— *Purpura reumatoidă* (Schönlein-Henoch) este o alergie la microbi (streptococ, stafilococ, colibacil) sau la alimente, cu afectarea capilarelor și arteriolelor tegumentare, articulare sau seroase. Se traduce clinic prin: febră, artralgii, erupție purpurică, la copii dureri abdominale. Trebuie diferențiată de alte purpure cu caracter malign ca cea din *boala Waldenström* a femeilor în vîrstă (VSH foarte accelerată, hipergammaglobulinemie) sau *purpura trombopenică Werlhof* (la copii și la tineri) caracterizată prin: timp de sîngerare prelungit, trombocite scăzute, semne de fragilitate capilară.

— *Artropatii medicamentoase:* fenobarbitalul poate provoca o periartrită scapulohumerală; Meprobamatul și anticoncepționalele pot fi responsabile de anumite boli reumatismale, iar izoniazida favorizează unele algodistrofii.

— *Eritemul nodos* este expresia hipersensibilității la o infecție bacilară sau streptococică. Boala survine mai ales la femei, în copilărie sau tinerețe. Debut cu febră, transpirații, astenie, erupție de papule mici, violacee, grupate, situate pe gambe sau coapse și însoțite de artrite cu hidartroză și limitarea mișcărilor. VSH accelerată, creșterea α_2- și γ-globulinelor, uneori și a titrului ASLO. Tratament antituberculos sau antistreptococic asociat cu corticosteroizi. O formă rară de eritem nodos este sindromul Löfgreen, care mai prezintă adenopatie mediastinală și anergie tuberculoasă.

Scanned with OKEN Scanner

Bolile de colagen maligne

Bolile de colagen sau conectivitele sînt rezultatul modificării patologice a ţesutului conjunctiv, acel ţesut încă misterios care se găseşte nu numai „subcutanat" ci în toate organele şi articulaţiile. Ubicuitatea acestui ţesut — considerat în trecut de umplutură — corespunde cu ubicuitatea organelor atinse de aceste boli. Reumatismul articular, cu toate formele lui, este tot o boală a ţesutului conjunctiv, dar fără caracter extensiv şi invadant şi cu prognostic vital bun. În colagenozele maligne prognosticul este infaust deşi artropatiile sînt aproape nelipsite; ceea ce primează este disimunitatea şi autoimunitatea îndreptată contra structurilor proprii pe care le alterează prin producerea de anticorpi multipli, dintre care cei mai importanţi sînt anticorpii antinucleari.

• **Lupusul eritematos visceralizat** (L.E.D.) constituie o problemă teoretică de imunologie şi una practică de patologie. Ambele au generat în ultimii ani o serie mare de cercetări şi descoperiri care au modificat gîndirea noastră bio-medicală. Există o relaţie strînsă între P.R. şi L.E.D.; în P.R. se găsesc celule lupice (Hargraves) şi anticorpi antinucleari Haserick într-un procent destul de mare dar variabil după autori, iar în L.E.D. se găsesc factori reumatoizi. Rămîne totuşi un hotar între aceste două afecţiuni: prognosticul diferit. L.E.D. este o boală autoimună sau de autoagresiune determinată de prezenţa anticorpilor antinucleari în sînge, care lizează nucleul şi alterează ARN (acidul ribonucleic) avînd ca urmare o proteinogeneză de calitate inferioară. Acest fapt explică caracterul ubicuitar al bolii care afectează organe multiple. Interesează aproape exclusiv sexul feminin în prima tinereţe.

Semne clinice: de obicei necaracteristice; debut cu stări febrile prelungite, poliartralgii, stare generală

alterată, pierdere în greutate. *Placarde maculoase* de culoare cenușie-violacee, cu evoluție excentrică, atrofică în centru, în formă de fluture sau liliac *(Vespertilio)* în jurul nasului și pe umerii obrazului avînd scuame profunde ca niște pinteni; alteori maculele se întind spre urechi, gît, coate, genunchi și pot avea caracter urticarian sau purpuric. Căderea părului este un semn frecvent întîlnit. *Artrite* cu caracter inflamator, localizate în articulațiile mari ca un R.P.A., alteori în articulațiile mici mediotarsiene sau interfalangiene ca în P.R.

Semne poliorganice: sindrom renal cu albuminurie, cilindrurie, hematurie microscopică, retenție de metaboliți azotoși, capilare glomerulare sau retiniene în ghem de sîrmă (aspect de glomerulonefrită); alteori albuminurie mare cu edem (aspect de glomerulonefroză). *Sindrom cardiac:* pericardită fibrinoasă, miocardită cu modificări de repolarizare ECG, endocardită verucoasă Liebman-Sacks. Sindrom pleuropulmonar cu „pneumonite" de durată mai prelungită și recidivate, pleurezii exsudative sau uscate. *Sindrom peritoneal* cu perivisceRite, îngroșări peritoneale și dureri abdominale. *Arterite* cu crize sincopale și/sau asfixice de tip Raynaud. *Tulburări neurologice* (convulsii, hemipareze). Splenohepatomegalii (hepatita lupoidă) cu sindroame anemice, leucocitopenice și trombocitopenice poate splenogene. *Leucopenia sub 5 000* leucocite/mm³, *VSH peste 20 mm/min.* și *creșterea gammaglobulinelor* sînt obligatorii și aproape patognomonice în L.E.D. (leucocitoza în cursul L.E.D. indicînd o complicație septică).

— *Reacțiile imunologice* sînt foarte importante. *Celula L.E.* (Hargraves) este o polinucleară, cu nucleu excentric dar morfologic normal, care a fagocitat cromatina altor nuclei după ce acizii nucleici au fost omogenizați și transformați într-o masă amorfă colorată în roz-liliachiu; s-au descris în ultimul timp celule lupice în care substanța fagocitată este numai parțial omogenizată; uneori

Scanned with OKEN Scanner

sînt dispuse în rozetă devenind specifice pentru L.E.D. numai cînd sînt în cantitate mare (peste o celulă lupică la 50 polinucleare normale). *Anticorpii antinucleari* constituie factorul Haserick care induce reacţia autoimună; leucocitele unui om sănătos introduse în serul bolnavilor cu L.E.D. devin celule lupice. *Corpii hematoxilinici* Gross au aceeaşi origine cu celulele lupice; provin din cromatina nucleară care se omogenizează şi se transformă într-o masă omogenă, colorată, înconjurată de polinucleare; se găsesc în cupele histologice ale organelor invadate. *Pozitivitatea unor reacţii biologice* — R.B.W., Waller-Rose, latex, Coombs — sînt datorate multiplilor anticorpi circulanţi (antimembrană, antimitocondrii, antiacizi ribonucleici, antinucleari etc.).

Forme clinice. *L.E.D. postmedicamentos* se diferenţiază numai printr-o anamneză amănunţită şi prin proba abstinenţei medicamentoase. Hidrazinoftalazina este cel mai adeseori incriminată, apoi hidantoina, procainamida utilizate timp îndelungat. *Hepatita lupoidă* nu are semne clinice caracteristice; poate îmbrăca forma unui icter mai prelungit sau subfebril ori a unei hepatosplenomegalii. Importante sînt: hipergammaglobulinemia, prezenţa celulei lupice sau a erupţiei maculoase în „vespertilio" la o femeie tînără. Endocardita Liebman-Sacks se poate confunda cu o endocardită subacută; aceasta are însă hemoculturi pozitive pe cînd cea lupică este sterilă.

Tratamentul constă în evitarea factorilor capabili să declanşeze această colagenoză: expunerea la soare sau la radiaţii din spectrul solar (ultraviolete, infraroşii) chiar la raze X după unii; evitarea consumului de medicamente lupogene (hidantoină şi mai ales hidrazinoftalazina); evitarea emoţiilor negative. Corticoterapia dă remisiuni de lungă durată, dacă este bine suportată şi administrată în doze mari. Prednison doze mari (50—100 mg) sub controlul permanent al stării generale,

Scanned with OKEN Scanner

hemoleucogramei, urinii, glicemiei și kaliemiei; doza se reduce treptat cu 5—10 mg la 1—2 săptămîni pînă la 10 mg care se menține timp mai îndelungat. Antimalarice de sinteză — Clorochin — 600 mg, cu acțiune antiimunitară, care reclamă control oftalmologic repetat. În formele grave este indicată imunosupresiunea cu antimetaboliți care inhibă ADN, avînd și o acțiune antiinflamatorie și antiproliferativă; se utilizează de preferință azatioprin (Imuran) 2—3 mg/kilocorp sau 6-Mercaptopurin (Puri-Nethol) cu acțiune antilimfocitară, asociate uneori cu cortizon și cu un antibiotic cu spectru larg; se face controlul general și hematologic. Rezultatele se apreciază după starea clinică, hemoleucogramă, VSH, electroforeză și testele imunologice.

● **Poliarterita nodoasă Küssmaul-Maier** (P.A.N.) este o boală primitiv vasculară care duce, prin obstrucții, la ischemie, necroză, și alterări patologice extinse în aproape toate organele. Febra (sau subfebrilitatea) și durerile constituie semnele inaugurale ale acestei colagenoze. Survine la bărbați peste 40 de ani, febra este aproape nelipsită iar durerile se datoresc artritelor acute și nevritelor senzitivomotorii. Nodulii cutanați se găsesc în lungul vaselor mari, sînt dureroși, de mărimi diferite; trebuie căutați cu atenție deoarece prezența lor poate tranșa diagnosticul clinic. Ca și în L.E.D. boala are manifestări organice multiple: nefropatii cu albuminurie, hematurie și colici (cauzate de infarcte renale), nefroangioscleroză; infarct miocardic, miocardopatie coronariană cu tulburări de conducere atrioventriculare, aritmii; arterită mezenterică, arterite periferice cu zone necrotice la pulpa degetelor și crize sincopale sau asfixice de tip Raynaud; ulcerații digestive cu necroze și perforații; multinevrite, artrite acute ale articulațiilor mari sau interfalangiene ca o P.R. Hiperleucocitoză uneori cu eozinofilie, VSH accelerată, creșterea γ-globulinelor cu scăderea albuminelor. Diagnosti-

Scanned with OKEN Scanner

cul de certitudine prin biopsia nodulului şi în special biopsia musculară sau testiculară în scopul analizei morfologice a arterelor mijlocii şi mici. Boala începe în tunica medie apoi trece în celelalte (de unde şi numele de panarterită) cu necroză fibrinoidă, manşoane şi infiltraţii de celule limfoplasmocitare şi eozinofile, urmate de scleroză şi tromboze (de unde numele de periarterită). Boala este de natură imunoalergică vasculară cu depuneri de complexe antigen-anticorp pe arteriole.

• **Forme clinice sau boli înrudite:** *arterita temporală Horton*, apare după 60 de ani, cu cefalee, fotofobie, oftalmoplegie, scăderea sau pierderea vederii; artera este indurată, tegumentele supraiacente sînt congestionate, dureroase spontan şi la presiune, iar la examenul microscopic se găsesc infiltraţii de celule gigantocelulare. *Granulomatoza Wegener* este o afecţiune de etiologie necunoscută, după unii autori o colagenoză vasculară a aparatului renal şi pulmonar. Clinic: febră, tulburări respiratorii şi renale cu evoluţie letală rapidă. Anatomopatologic: granuloame necrozante perivasculare şi renale sau bronhopulmonare. *Arterita Takayasu* sau boala fără puls este o tromboză a arterelor care emerg din crosa aortei; se exteriorizează clinic prin absenţa pulsului radial, tulburări cerebrale şi cardiace de tip ischemic. Tratamentul acestor boli vasculare constă în administrare de cortizon sau ACTH.

• **Sclerodermia** (S.D.) este o boală de colagen, care survine mai ales la femei de vîrstă mijlocie, avînd ca semne cardinale scleroza atrofică progresivă a pielii, ţesutului conjunctiv subcutan şi intraorganic şi al mucoaselor. Există forme generalizate cu prognostic fatal, forme parţiale benigne şi forme juvenile care retrocedează spontan (sclerodermia Buschke).

Semne clinice: debut cu crize dureroase, paroxistice, vasospastice de tip Raynaud, dureri articulare, senzaţie de constricţie a feţei, uneori telangiectazii pe mucoasa

Scanned with OKEN Scanner

bucală și nazală de tip *Rendu-Osler*. Tegumentele sînt la început infiltrate, rigide, palide cu zone brune (tulburări în repartiția pigmenților); în stadiul următor se atrofiază, aderă la straturile subiacente, nu fac cute, devin pergamentoase; ridurile feței se șterg, gura se deschide cu greutate, figura este încremenită ca o „icoană bizantină". Mucoasele se sclerozează și ele. Țesutul fibros intraorganic se îngroașă. Articulațiile sînt dureroase și tumefiate. Respirație dificilă cu insuficiență respiratorie de tip restrictiv, din cauza rigidității septurilor perialveolare care împiedică expansiunea alveolelor; radiografia pulmonară are aspect caracteristic de fagure de miere.

Semne sanguine și imunologice: hipergammaglobulinemie, hipoalbuminemie, VSH moderat accelerată. Anticorpii nucleari, Waller-Rose, latex, R.B.W. deseori pozitive (semn de hiperproducție de anticorpi ca în toate colagenozele).

Tratament ineficient: corticoterapia și antimalaricele de sinteză nu modifică evoluția bolii. Se utilizează în prezent acidul ε-aminocaproic în mai multe serii, cu pauze între ele, în doze degresive de 4 × 1 g — 3 × 1, 2×1. Se comunică rezultate satisfăcătoare și cu gestageni. Se mai utilizează substanțe chelatoare: Cuprenil (D-penicilamină) *per os* în doză totală de 1—1,5 g; simpatectomia. Nu există însă o medicație specifică. Ca tratament local unguent cu vitamina A + foliculină sau novocainã.

• **Dermatomiozita** (D.M.) este o colagenoză mai rar întîlnită avînd un pronunțat caracter paraneoplazic, studiat mai de curînd; este vorba de un neoplasm mamar, ovarian, pulmonar a cărui extirpare determină o retrocedare a bolii musculotegumentare, ceea ce a dus la teoria rolului anticorpilor canceroși în declanșarea ei. Este mai frecventă la femei între 40 și 60 de ani.

Scanned with OKEN Scanner

Clinic: debut acut, cu febră, mialgii, inapetență, pierdere în greutate; mușchii dureroși, moi, apoi se atrofiază explicînd diplopia sau disfagia care survin uneori; pielea prezintă un eritem violaceu în jurul ochilor sau un edem dur periocular; artrite interfalangiene asemănătoare celor din P.R. cu hipertrofie fuziformă periarticulară, calcinoză în jurul tendoanelor, aponevrozelor și a țesutului subcutanat. Există forme exclusiv musculare (ale mușchilor centurii scapulare sau coxofemurale) cu aceleași caractere de modificare a consistenței, dureri la palpare sau la contracțiile musculare spontane purtînd denumirea de poli- sau neuromiozită. În unele forme predomină leziunile cutanate la tegumentele feței, genunchi, coate, mîini cu atrofii sau hipertrofii musculare și zone depigmentare alternînd cu zone hiperpigmentare, de unde denumirea de poikilodermatomiozită.

Teste biochimice și imunologice: creșterea creatininei urinare [peste 1 g/zi (normal 100 mg/zi)], aldolazei și transaminazelor sanguine. Hiperleucocitoză, eozinofilie inconstantă, VSH accelerată. Scăderea albuminei plasmatice, creșterea gammaglobulinelor, pozitivarea reacției Waller-Rose, latex; factorul reumatoid este deseori prezent.

Morfopatologic: necroză segmentară a fibrelor musculare sau edem, iar în stadiile avansate — infiltrație limfocitoplasmocitară și de celule plurinucleare cu scleroză retractilă consecutivă.

Se impune *diferențierea de alte miopatii:* în cele neurogene sînt modificate reacțiile galvanice și faradice precum și cronaxia, pe cînd în dermatomiozite se alterează numai traseul electromiografic prin potențiale de fibrilație și descărcări spontane și răspunde bine la corticoizi. În trichinoză, miopatie parazitară provocată de închistarea larvelor, evoluția este acută (frisoane, febră ridicată,

Scanned with OKEN Scanner

mialgii, edeme faciale și orbitare mari, eozinofilie foarte ridicată). O formă clinică rară este sindromul omului rigid *(Stiff-man)* cu creșterea masivă a colagenului muscular mai ales în membrele superioare și ceafă, ceea ce dă un aspect înțepenit, cu mișcări reduse.

Tratamentul cu corticoizi este eficient însă nu curativ; se asociază cu Testosteron care are acțiune anabolizantă. Se pare că tratamentul imunosupresiv cu Metotrexat sau 6-mercaptopurin (Puri-Nethol) ar da rezultate bune. Tratamentul neoplaziei care generează uneori această boală se impune.

Dr. G. RUSSO

Scanned with OKEN Scanner

Varia*

Notițe terapeutice

Alte utilizări ale Mydocalmului

Mydocalmul produs „Gedeon Richter" (R.P.U.), cunoscut remediu al hipertoniilor musculare, reducînd spasticitatea musculară și stimulînd capacitatea motorie a membrelor, a fost utilizat cu succes și în diferite afecțiuni ale circulației periferice.

— În cele *arteriale* ca: endarterita obliterantă, angiopatia diabetică, arterioscleroza obliterantă ameliorează simptomatologia subiectivă și obiectivă după cum confirmă îmbunătățirea testului de postură Ratschow, a oscilometriei, electromiografiei, pletismografiei ca și creșterea locală a temperaturii cu 2°C.

— În cele *venoase* ca: sindromul posttrombotic, insuficiența venoasă, ulcerul varicos, ameliorează de asemenea tabloul clinic după cum se constată prin flebografie (o umplere venoasă mai bună, creșterea tonusului venos etc.) sau prin scurtarea timpului de umplere în testul

---

* Bibliografia la autor.

Scanned with OKEN Scanner

Trendelenburg. S-a folosit un dozaj mediu de 300 mg zilnic (6 tablete de 50 mg) sau 100 mg i.m. timp de 30 zile.
Dintre efectele secundare se remarcă: scăderea tensiunii arteriale consecutiv activării pompei musculare periferice.
Insuficiența renală cronică este o contraindicație pentru acest medicament.

Imipramina în enurezis

În *enurezis* primele măsuri sînt cele etiologice: corectarea obstrucțiilor sau a infecțiilor urinare, mărirea capacității vezicale prin mai multe lichide în cursul zilei, tratamentul unei eventuale comițialități sau alergii, rezolvarea situațiilor psihoemoționale din familie. Dacă asemenea factori lipsesc, probabil că enurezisul este esențial. Vechiul tratament cu amfetamină pentru a ușura trezirea și cu anticolinergice etc. este depășit în prezent de Imipramină (Antideprin, Tophranil) a cărui acțiune rămîne incomplet lămurită, deși se admite realizarea unui somn mai puțin adînc. Nu se folosește la copii mai mici de 6 ani.
Sub 11 ani se începe cu 25 mg, seara, doză care se dublează dacă în 15 zile nu apar rezultate bune. În lipsa unor efecte secundare se poate urca pînă la 75 mg. După 11 ani, doza de seară este de 50 mg crescînd, la nevoie, cu cîte 25 mg pînă la 100 mg. (Se obțin rezultate și cu doze mai mici!)
Este recomandabil ca administrarea medicamentului să se facă în raport cu pierderea urinară. Cînd aceasta are loc imediat după adormire medicamentul va fi luat după

Scanned with OKEN Scanner

masa de seară, dacă are loc la miezul nopții se va lua cu o oră înainte de culcare, iar dacă urinează spre ziuă se ia chiar la urcarea în pat. Dacă nu se poate preciza momentul urinării, Imipramina va fi dată cu o oră înaintea culcării. Tratamentul se continuă în general 6 săptămîni suprimîndu-l gradat în 30—50 zile. Întreruperea medicației înaintea remisiunii complete expune la recidive. În caz de recădere se reia administrarea alte 6 săptămîni. Dintre reacțiile adverse se citează tulburări de somn cu agitație, inapetență, uscăciunea gurii, senzație de greață, iritabilitate, neajunsuri depășite de efectele pozitive.

Heparina și profilaxia trombozelor venoase postoperatorii

Profilaxia cu Heparină în doze mici a trombozelor venoase postoperatorii la membrele inferioare diminuă considerabil riscul de embolie pulmonară, complicație de importanță vitală. Riscul postoperator al acestei complicații la persoane predispuse este mult mai mare decît se crede, deoarece o serie de tromboflebite scapă examenului clinic fiind decelabile doar cu ajutorul fibrinogenului marcat radioactiv. În practică s-au aplicat două scheme: 1) 5 000 unități Heparină sodică sau calcică subcutan, cu 2 ore înaintea intervenției repetînd după operație la 12 ore timp de 7 zile; 2) 5 000 unități Heparină la 8 ore, adică 3 × 5 000 u./24 ore, în care caz se impune o mai mare atenție la riscul de sîngerare, care rămîne totuși mic.

Scanned with OKEN Scanner

Fierul și infecțiile la copii

Lipsa fierului la copii predispune la infecții. Această sensibilitate a fost obiectivizată printr-o serie de cercetări efectuate la copii avînd hemoglobina mai mică de 10 g la 100 cm^3 sînge și sideremia sub 45 γ/ml. În timp ce imunitatea umorală (imunoglobine serice, complement total) este perfect normală, imunitatea celulară este deficitară. Testul transformării limfoblastice după stimulare cu substanțe mitogene (ca de exemplu cu fitohemaglutinină) este modificat în minus atît în sideropenia latentă cît și în cea manifestă. De asemenea sînt alterate testele cutanate la candidină (antigen din ciuperca *Candida albicans)* iar funcția bactericidă a leucocitelor polinucleare este scăzută. Efectul terapeutic al fierului este remarcabil normalizînd imunitatea celulară în 2—3 luni și redînd capacitatea normală de rezistență față de agenții infecțioși.

Glicerolul în accidentele vasculare cerebrale

Perfuzia de glicerol (glicerină) 50 g la 500 ml glucoză 5% ameliorează rapid starea clinică în *accidentul vascular* cerebral prin tromboză, hemoragie sau embolie micșorînd edemul cerebral și crescînd circulația cerebrală. O dată cu tabloul clinic se ameliorează și traseul EEG. Trecînd bariera hematoencefalică glicerolul eliberează glucoza care reduce edemul cerebral în 30 de minute, deci mai repede decît glucocorticoizii.

Scanned with OKEN Scanner

Vaccinul BCG şi herpesul genital

Herpesul genital produs de virusul herpetic tipul II, din ce în ce mai des întîlnit, în general rezistent la vaccinul antiherpetic beneficiază de un nou tratament. Vaccinul BCG reduce frecvenţa, gravitatea şi durata recidivelor. (Tratamentul nu este nou. Prof. S. Longhin a cumulat o mare experienţă pozitivă în herpes prin injectarea endotoxinei BCG Ref.) Efectul unei injectări de 0,1 ml vaccin BCG durează luni şi chiar ani de zile. Efecte similare au fost obţinute şi în alte localizări ale herpesului. Cele mai bune rezultate se obţin în cazurile în care testul la tuberculină a devenit pozitiv. Procedeul a fost deosebit de eficient la femei gravide cu herpes.

Derivaţii de progesteron în adenomul de prostată

Glandele periuretrale din care se formează *adenomul de prostată* sînt testosterondependente. Se încearcă de aceea tratamentul hipertrofiei de prostată cu antagonişti de testosteron cum sînt derivaţii de progesteron. Utilizat iniţial Progesteronul retard a lăsat locul unui produs mai activ — caproatul de hidroxiprogesteron (Depostat). Preparatul este indicat, nu în adenomul mare cu retenţie vezicală ci în acela fără indicaţie chirurgicală sau la care actul operator nu poate fi executat.

Scanned with OKEN Scanner

D. Bercovy recomandă injectarea unei fiole de 200 mg i.m. de două ori pe săptămînă, timp de 3 luni. Se obține un efect euforizant, micșorarea adenomului care devine mai suplu, un jet mai puternic, scăderea reziduului vezical. Avantajul derivaților de Progesteron este de a nu fi contraindicați în cazul unui cancer de prostată necunoscut (puncție biopsie!) pe care testosteronul l-ar biciui.

Tratamentul actual al gonoreei

Penicilina rămîne medicamentul optim al gonoreei și luesului dar scăderea sensibilității gonococului în ultimii ani față de acest antibiotic impune mărirea cantităților administrate.

În gonoree doza optimă este acum apreciată la 2,4 milioane unități Penicilină G procainică la bărbat și 4,8 milioane la femeie. În regiunile cu gonococ mai rezistent, se asociază Probenecid (Tardin) inhibitor al excreției urinare a penicilinei ceea ce permite realizarea unei concentrații mai mari de antibiotic în circulație. Totuși se apelează mai mult la alte formule de tratament.

1. La 100 pacienți cu gonoree subacută 1 g Ampicilină repetat după o pauză de 5 ore a permis vindecări 100% (Rubisz J.B. și colab. — Prz. Dermatol, 1975, 61, 5, 669).
2. În gonoreele rezistente la antibiotice se folosește cu succes Septrinul (Biseptol, Bactrim, Sumetrolin) 2×2 tablete pe zi (dimineața și seara), timp de 5 zile. În afară de lipsa unor efecte secundare preparatul prezintă avantajul de a nu influența un eventual lues asociat.

Scanned with OKEN Scanner

Toxicitatea dozelor mari de vitamină A

Vitamina A în doze mari, fără indicaţie, poate produce cu timpul o ciroză. O doză zilnică de 40 000 unităţi repetată pe o perioadă prelungită provoacă o hepatosplenomegalie cu uscăciunea tegumentelor, cheiloză cu ragade, anorexie, gingivită, varice esofagiene şi ascită. Puncţia hepatică evidenţiază un proces de fibroscleroză cu apariţia colagenului. După întrerupere, mobilizarea depozitelor de vitamină A durează ani de zile, iar reversibilitatea modificărilor este doar parţială. Pericolul intoxicaţiei cu vitamină A creşte la pacienţi în insuficienţă renală cu sau fără dializă. Datorită filtraţiei glomerulare scăzute, acumularea vitaminei A provoacă un sindrom ce imită uremia. În unele cazuri sînt de vină preparate polivitaminice luate prelungit, al căror conţinut în vitamina A nu este neglijabil.

Medicaţia antiagregantă plachetară

În timp ce *medicaţia anticoagulantă* realizează cu succes profilaxia trombozei venoase, ea este inoperantă în trombozele arteriale. Se cunoaşte acum rolul determinant al trombocitelor în formarea trombusului pe calea arterială, contribuţia lor la intensificarea stenozei vasculare şi procesul emboligen.

Medicaţia antiagregantă plachetară împiedică adezivitatea plăcuţelor la peretele vascular lezat prin plăcile de

Scanned with OKEN Scanner

aterom, şi totodată le face imposibilă gruparea prin alipire pentru a forma cheagul. Două medicamente antiagregante şi-au dovedit utilitatea în prevenirea accidentelor ischemice cerebrale. Se află în studiu acţiunea lor profilactică şi în cardiopatia ischemică în vederea prevenirii infarctelor.

1. *Aspirina* care — datorită grupării acetil — opreşte eliberarea de către trombocite a adenozindifosfatului, substanţă care le asigură agregarea şi astfel creşterea dimensională a cheagului. Efectul său fiind prelungit este suficient 1 g de 2—3 ori pe săptămînă pe cale bucală, cu prudenţa respectivă pentru suferinzii de stomac. În stări acute se poate administra un preparat de aspirină i.v.

2. *Dipiridamolul* (Persantin), produs sintetic, reduce atît adezivitatea cît şi agregabilitatea plăcuţelor, într-un dozaj zilnic de 3—4 × 75 mg sau 3—4 fiole de 10 mg în perfuzie. Practic preparatul nu are contraindicaţii.

Efecte secundare ale Eraldinului

Apariţia Eraldinului (Practolol) a fost apreciată ca o perfecţionare a Inderalului (Propranolol), iar utilizarea sa în angina pectorală, tireotoxicoze şi hipertensiune arterială s-a făcut cu succes. Se consideră că Eraldinul deprimă mai puţin fibra miocardică decît Inderalul. Dar iată că dosarul reacţiilor sale adverse a crescut mult în ultimul timp din cauza reacţiilor autoimune pe care le produce la nivelul pielii, urechilor, ochilor, mucoaselor nasului şi peritoneului. Afectează în primul rînd pielea provocînd o dermatită exfoliatrice, psoriaziformă, eczeme

Scanned with OKEN Scanner

seboreiforme, hiperkeratoză plantară, distrofii ale unghiilor. În toate aceste modificări cutanate se găsesc depuse imunoglobulinele G și M. Dermatita exfoliatrice nu depinde de vîrstă, sex sau durata de folosire a medicamentului. Produce de asemenea tulburări oculare: senzație de arsură, fotofobie, keratoconjunctivită uscată, retracție conjunctivală, scăderea secreției lacrimale și de lizozim. Mai poate da ulcerații nazale, otită, acufene, amețeli, surditate, sindrom lupoid cu nefroză. Afectează peritoneul generînd o fibroză retroperitoneală care a prilejuit în mod eronat laparotomii de urgență pentru dureri abdominale violente cu vărsături. Radiologic ansele intestinului subțire apar dilatate, plicaturate și fixe ca într-un proces peritoneal, dar reacția inflamatorie este nespecifică fiind datorită prezenței fibrelor de colagen.

Norartrinalul în hemoragiile digestive

În marile hemoragii digestive superioare poate fi utilă *irigarea stomacului* cu *Levarterenol* (Norartrinal).
Inițial se evacuează cheagurile printr-o sondă nazogastrică pînă ce apare sînge curat. Se introduce apoi o soluție de 16 mg Levarterenol bitartrat (Norartrinal, 8 fiole 2‰) diluat în 200 ml ser fiziologic 0,9%. Se clampează tubul. După 20 de minute se aspiră conținutul, se irigă stomacul cu cel puțin 100 ml ser fiziologic. Se face din nou aspirație apoi spălarea stomacului. Se repetă pînă la oprirea sîngerării. Se lasă sonda nazogastrică pe loc pentru drenaj peste noapte. A doua zi se începe o alimentație antiacidă. În tot cursul aplicării metodei se urmărește pulsul și tensiunea arterială.
Rezultate bune se obțin și prin administrarea intraperitoneală a unei soluții mai slabe, 8 mg la 500 ml ser fiziologic, în 20 de minute. Adesea sîngerarea se oprește mai repede Se notează o creștere tranzitorie a tensiunii arteriale.

Scanned with OKEN Scanner

Ibuprofenul

Ibuprofenul (Brufen, Motrin), medicament analgezic, antipiretic şi antiinflamator, avînd formula: ac. 2(4-izobutilfenil) propionic este curent utilizat în terapia reumatismală fiind indicat în poliartrita cronică evolutivă şi formele degenerative osteoartrozice. Studiul comparativ pe două loturi mari de bolnavi constată o eficienţă asemănătoare cu aceea a aspirinei stabilind un raport de echivalenţă a dozelor:
La 1 200 mg Ibuprofen corespund 3 600 mg aspirină. Dacă ameliorarea simptomatologiei reumatismale subiectivă şi obiectivă a fost aceeaşi, în schimb Ibuprofenul a fost mult mai bine tolerat decît aspirina din punct de vedere digestiv. Reacţiile nefavorabile (greţuri, vărsături, pirozis, dureri epigastrice şi colici abdominale) au obligat să se întrerupă tratamentul la numai 7% din cazuri la Brufen faţă de 16% la aspirină. Doza minimă antiinflamatoare a Brufenului depăşeşte 900 mg/24 ore, efectele favorabile obţinute cu cantităţi mai mici datorîndu-se acţiunii analgezice iar nu celei antireumatismale. Ibuprofenul poate fi administrat pacienţilor care nu tolerează aspirina sau alte medicamente antireumatismale, dozele sale active fiind situate între 1,6—2,4 g/zi. Pentru ca efectul său să fie repartizat uniform în 24 ore este preferabil să se ia dimineaţa la sculare, la orele 11, după prînz şi la culcare.

Rahitismul medicaţiei anticomiţiale prelungite

Cercetarea atentă în cursul tratamentului îndelungat cu medicamente antiepileptice descoperă la copii şi adulţi modificări ale scheletului şi tulburări de osificare. Cal-

Scanned with OKEN Scanner

cemia este scăzută, fosfataza alcalină este crescută. Clinic pot fi găsite chiar semne de rahitism florid. Deoarece atît barbituricele cît și hidantoina activează enzimele elaborate de microsomii hepatocitelor, cu timpul se instalează un necesar crescut de vitamină D prin transformarea sa rapidă în produși intermediari inactivi.
De aceea în cursul terapiei prelungite cu anticonvulsive se impun determinări ale calcemiei și examene radiologice intervenindu-se la timp cu vitamina D în cantități suficiente. Alți autori mai găsesc în asemenea condiții la copii osteomalacii, hiperplazia gingiilor, hipertricoză, lentoarea vorbirii, a gîndirii și a motricității. Se știe că vitamina D_2 este de fapt un prehormon inactiv în această stare. Ea devine activă doar dacă suferă la nivelul rinichiului un anumit număr de hidroxilări transformîndu-se în dihidroxicalciferol, forma activă a vitaminei D_2, care este în fond un hormon de origine renală.

Tulburări produse de medicația psihotropă

Remarcabilul progres al *psihofarmacologiei* oferă practicii medicale o largă gamă de preparate sedative, tranchilizante, neuroleptice, antiemetice, antivertiginoase etc. care independent de acțiunea clinică diferită au un factor comun: inhibarea hormonilor catecolici: adrenalina și noradrenalina. De aici apariția unor tulburări iatrogene extrapiramidale mai puțin cunoscute.
Neurolepticele, substanțe eficiente în tratamentul psihozelor, de unde și altă denumire a lor: antipsihotice,

Scanned with OKEN Scanner

dau incidența maximă a acestor reacții adverse. Se descriu trei serii de tulburări.

1. *Distonia acută* sau sindromul excitomotor: contracții spastice, nedureroase într-una sau mai multe grupe musculare producînd adevărate bizarerii de atitudine și mișcare, trismus, torticolis, tremurături, mioclonii, ticuri, strîmbături, stereotipii, diskinezii ale limbii, mandibulei, crize oculogire. Toate fenotiazinele, reserpina, butirofenonele (Haloperidol) pot provoca un sindrom excitomotor.

Bolnavii cu boala Parkinson tratați cu L-Dopa pot prezenta de asemenea astfel de tulburări cînd primesc doze prea mari din acest medicament.

Tot în cadrul sindromului excitomotor se mai întîlnește acatisia, imposibilitatea de a se așeza, și tasikinezia, nevoia de a merge fără oprire.

2. *Sindromul pseudoparkinsonian* sau parkinsonismul medicamentos: akinezie sau hipokinezie, imobilitate facială, sialoree, tremor fin de repaus, hipertonie sau slăbiciune musculară.

3. *Diskinezia tardivă* persistentă este o formă iatrogenă severă, rar întîlnită, de obicei la femei mai în vîrstă, după un dozaj mare și prelungit, sau după asocieri de preparate.

Cunoașterea acestor tulburări produse de medicația psihotropă evită punerea unor diagnostice eronate ca: isterie, encefalită, boala Parkinson, coree Sydenham și Huntington. La apariția celor dintîi semne întrerupem medicamentul înlocuindu-l la nevoie cu unul mai puțin toxic. Prometazina (Romergan), de preferat pe cale parenterală, oprește imediat reacțiile distonice.

Dacă nu se poate renunța la medicamentul psihotrop, va fi luat în asociație cu un preparat antiparkinsonian ca de ex. Artane (Romparkin).

Scanned with OKEN Scanner

Hipercalcemia prin vitamina D

Hipercalcemia la copiii care primesc vitamina D este o realitate subestimată.
La doze care depășesc zilnic 400 unități se poate ajunge la tulburări clinice. Chiar o expunere prelungită la soare poate produce o hipercalcemie, necesarul de vitamină D fiind asigurat la om prin acțiunea ultravioletelor asupra pielii. Se vor avea în vedere alimentele bogate în vitamină D: sardele, heringi, somon, carne de ton, gălbenuș de ou, unt, lapte gras, eventual unele alimente îmbogățite cu vitamina D_2. Șocurile cu vitamina D mărind absorbția calciului din intestin produc o hipercalcemie de durată care persistă după eliminarea vitaminei. Calciul în exces se depune în țesuturi, în special în plămîn și rinichi, provocînd tulburări ale acestor organe însoțite de simptome generale ca: astenie, anorexie și constipație.

Scurte actualități în endocrinologie, oncologie, boli de sistem, boli de sînge etc.

Funcția secretorie a hipotalamusului

Funcția secretorie a hipotalamusului a fost mai de mult stabilită știindu-se că hipofiza posterioară nu este decît un depozit de vasopresină și oxitocină, hormoni elaborați de nucleii supraoptici și paraventriculari.
Mai de curînd s-a stabilit că secreția și eliberarea trofinelor antehipofizare este reglată de factori elaborați de ase-

Scanned with OKEN Scanner

menea în hipotalamus. Structura lor destul de simplă, secvenţe scurte de aminoacizi, a fost elucidată. Asemenea unui ordinator, diencefalul integrează informaţiile interne aduse pe calea sîngelui de hormoni şi cele externe senzorial-emoţionale eliberînd în consecinţă mediatori chimici ca dopamina şi serotonina a căror concentraţie variabilă modulează neurosecreţiile hipotalamusului în plus sau în minus. Iniţial au fost izolaţi doi hormoni care eliberează tropi hipofizari.

1. „Thyrotropin Releasing Hormone" alcătuit din trei acizi aminaţi; stimulează secreţia hormonului tireotrop şi a prolactinei hipofizare.

2. De asemenea a mai fost izolat hormonul care eliberează gonadotropii antehipofizari, care la rîndul lor asigură funcţiile ovariene prin secreţia de foliculină şi luteină. Acum înţelegem posibilitatea existenţei unor disfuncţii tiroidiene sau gonadale în ciuda faptului că axele hipofiză — tiroidă şi hipofiză — ovar sînt organic normale.

O descoperire tot atît de importantă în hipotalamus a fost aceea a *somatostatinei*, factor cu funcţie antagonistă, de inhibare a eliberării hormonilor hipofizari.

Somatostatina care acum a fost sintetizată opreşte eliberarea hormonului de creştere (somatotrop), a tireostimulinelor şi a gonadostimulinelor realizînd o veritabilă hipofizectomie medicală. O doză infimă de somatostatină (250 γg) administrată intravenos scade concentraţia hormonului de creştere, iar la acromegali pe aceea a cortizonului sanguin.

Descoperirea somatostatinei aduce speranţe în tratamentul diabetului şi al angiopatiei care îl însoţeşte şi în care există în mod constant un nivel crescut al hormonului somatotrop. Se ştie de altfel că atît insuficienţa hipofizară cît şi hipofizectomia, ameliorează în mod evident retinopatia diabetică.

Dar somatostatina, care a mai fost găsită atît în tubul digestiv cît şi în pancreas, are şi activităţi extrahipofizare.

Scanned with OKEN Scanner

În sindromul Zollinger-Ellison (tumoare benignă de pancreas cu hiperclorhidrii enorme și ulcere gastroduodenale grave) suprimă efectul gastrinei micșorînd nu numai această secreție hormonală, dar influențînd și organul efector adică celulele parietale ale stomacului. Inhibarea secreției gastrice cu ajutorul somatostatinei ar fi o cale nouă în tratamentul ulcerului, îndeosebi a celui hemoragic inoperabil. Totodată existența acestui sistem neuroendocrin frenator arată cît de mult poate depinde ulcerul de factorii psihosomatici. În diabetul insulinopriv somatostatina ameliorează metabolismul glucozei nu atît prin inhibarea secreției hormonului somatotrop cît prin blocarea secreției de glucagon, hormonul hiperglicemiant crescut în asemenea situații.

Consecințele hipersecreției de prolactină

Prolactina, hormon elaborat de hipofiza anterioară, esențial pentru lactogeneză și secreția lactică stîrnește un interes deosebit de cînd se știe că tumorile mamare pot fi nu numai estrogenodependente dar și prolactinodependente. În sîngele femeilor care nu alăptează concentrația Prolactinei oscilează între 5 și 25 ng/ml. În primele zile după naștere concentrația mare a steroizilor inhibă acțiunea Prolactinei, care devine manifestă îndată ce ei scad a 2—3-a zi. Reglarea secreției sale se face de către doi factori hipotalamici: unul activant, altul inhibant. Un remarcabil progres cu consecințe terapeutice îl constituie descoperirea proprietății derivaților ergotinici de a opri secreția Prolactinei.

Scanned with OKEN Scanner

Bromocriptina, alcaloid al secarei cornute cu doi atomi de brom în poziţia 2 este un preparat foarte activ asupra celulelor hipofizare acidofile, care o secretă ca şi asupra hormonului hipotalamic, care o inhibă.
Hipersecreţia de Prolactină este implicată în două stări de patologie: sindromul galactoree-amenoree şi cancerul mamar.

1. În sindromul galactoree-amenoree survenind după o naştere normală dar întîlnit şi la nulipare ca şi în tumori hipofizare (S. Forbes Albright). Scăderea factorului inhibant hipotalamic permite o secreţie exagerată de Prolactină care produce o secreţie continuă de lapte. Amenoreea este consecinţa inhibării hormonilor gonadotropi de către Prolactina în exces. Situaţii similare se mai pot întîlni în hipotiroidii şi insuficienţa renală. Ergotoxina, extract de secară cornută conţinînd în amestec trei alcaloizi, dar mai ales Bromocriptina opreşte galactoreea şi restabileşte ciclul chiar dacă amenoreea este foarte veche.

2. Fiind esenţială pentru formarea şi dezvoltarea glandei mamare Prolactina este la fel de necesară pentru ca factorii cancerigeni să-şi desfăşoare acţiunea asupra sînului. Cel puţin la şoareci, Prolactina este hormonul major în apariţia şi creşterea tumorilor mamare. Injectarea experimentală a unor doze mari de Prolactină la şoarece produce întotdeauna tumori mamare maligne. Efectul este mai evident dacă animalele au fost în prealabil tiroidectomizate. După derivaţi de ergotină, cancerul mamar regresează dar efectele sînt evidente doar cînd nivelul Prolactinei a fost micşorat cu 95%. Rezultate asemănătoare s-au obţinut şi cu L-Dopa şi Dopamină, substanţe cu caracter neurotransmiţător care stimulînd factorul inhibant hipotalamic micşorează secreţia de Prolactină. Încercările de acest gen la om au dus la rezultate destul de controversate.
Determinări în populaţie au găsit un nivel sanguin mai mare al Prolactinei (10 ng/ml) la femeile prezentînd fac-

Scanned with OKEN Scanner

torii de risc ai neoplasmului mamar față de rest (6 ng/ml). S-a mai constatat că nivelul scăzut al hormonilor tiroidieni favorizează eliberarea Prolactinei ceea ce ar explica frecvența cancerului mamar în regiunile cu endemii guşogene şi raritatea lui în Japonia, de pildă, unde alimentația conține mult iod, în special prin produsele de origine marină.

Rămîne deschisă discuția contradictorie stîrnită de statistica potrivit căreia femeile care au făcut o cură prelungită de Reserpină pentru hipertensiune arterială ar face mai des tumori mamare. Reserpina ar produce o secreție mai mare de Prolactină blocînd Dopamina şi catecolaminele, care stimulează în mod normal factorul hipotalamic de inhibiție a Prolactinei.

Pro-prolactinele şi anti-prolactinele

Concentrația Prolactinei din sînge este rezultatul interacțiunii celor doi factori hipotalamici, de eliberare şi inhibare: „Prolactin Releasing Factor" identic se pare cu „Thyrotropin Releasing Hormone" şi „Prolactin Inhibiting Factor" (PIF). S-a aplicat denumirea de hormon substanțelor a căror constituție a fost elucidată complet, rezervîndu-se aceea de factor celorlalte a căror compoziție nu este încă bine definită. Comportarea unor medicamente şi activități fiziologice față de acest cuplu neurohormonal este foarte diferită, studiul lor prezentînd un deosebit interes pentru terapeutică.

Pro-Prolactine. Stimulează secreția: actul suptului (declanşează secreția de Prolactină după 30 de minute); alăp-

Scanned with OKEN Scanner

tarea, manipularea mecanică a mamelei, *stress*-ul de orice fel inclusiv cel nervos, acetilcolina, estrogenii. Din acest motiv se contraindică preparatele de foliculină la femeile cu sindrom amenoree + galactoree. Uneori acest sindrom fiind datorit unui microadenom hipofizar (vizibil prin deformarea şeii turcice) există primejdia tumefierii lui cu comprimarea chiasmei optice şi astfel apariţia unor severe tulburări de vedere. Întrucît conţin estrogeni, anticoncepţionalele orale pot, după o întrebuinţare îndelungată, să producă amenoree prin hipersecreţie de Prolactină. Neurolepticele (Clorpromazina, fenotiazinele, butirofenele de ex. Haloperidol, Reserpină), hipotensorul alfa-metildopa (Dopegyt, Aldomet), Sulfirida (Dogmatil) pot influenţa şi ele secreţia de Prolactină. Întrucît neuronii care reglează secreţia PIF sînt dopaminergici, orice substanţă care scade rezervele de dopamină sau catecolamine stimulează secreţia de Prolactină în mod indirect.

Preparatul Dogmatil utilizat pentru tulburări neurovegetative poate fi folosit şi pentru sporirea secreţiei de lapte, dar nivelul stimulării poate fi uşor depăşit ajungîndu-se la galactoree anormală sau amenoree.

Unele studii relatează prezenţa în antecedentele femeilor cu tumori de sîn a unor tulburări nervoase, pentru care au primit neuroleptice.

Anti-Prolactine. Tiroxina şi triiodotironina, inhibînd hormonul hipotalamic de eliberare, reduce secreţia de Prolactină, dar această acţiune este destul de modestă. Piridoxina (vitamina B_6) accelerînd transformarea DOPA în Dopamină manifestă de asemenea o micşorare a secreţiei.

Mai active sînt două substanţe:

1. Levo-Dopa, medicament utilizat azi curent în boala Parkinson, acţionează prin intermediul hipotalamusului dar pentru o durată scurtă ceea ce impune o administrare repetată (de exemplu 2—4 g în 24 ore, în 4—6 fracţiuni).

Scanned with OKEN Scanner

A fost încercată cu rezultate variabile în metastazele osoase ale cancerului de sîn.

2. 2-Bromo-alfa-ergocriptina, 2,5—7,5 mg/24 ore scade Prolactina timp de 12—24 ore. Este cel mai bun blocant al alăptării restabilind un ciclu normal în sindromul galactoree-amenoree.

Acțiunea endocrină a bromocriptinei

Cornul secarei continuă să ocupe un loc important în terapeutică prin alcaloizii săi, derivați de acid lisergic. Primul extract, ergotoxina, este un amestec al celor trei alcaloizi care au fost izolați mai tîrziu: ergocornina, ergocristina și ergocriptina. Eficacitatea lor în tratamentul migrenei și al tulburărilor circulatorii îndeosebi cerebrale este incontestabilă. Încă din 1676 se cunoștea proprietatea extractelor din cornul secarei de a opri lactația.

Pentru a evita efectele vasculare nedorite a fost modificată structura chimică a unuia din alcaloizi prin introducerea a 2 atomi de Brom realizîndu-se astfel Bromocriptina (CB 154). Acest preparat suprimă *lactația* puerperală fără nici un efect secundar.

O altă indicație a sa este sindromul *galactoree + amenoree* datorit uneori microadenoamelor antehipofizare hipersecretante de Prolactină. Într-o asemenea situație hipogonadismul este o consecință a blocării hormonilor gonadotropi de către Prolactina în exces.

Scăzînd Prolactina cu Bromocriptină (zilnic 7,5—15 mg) gonadotrofinele hipofizare reintră în acțiune și funcția ovarelor se normalizează.

Scanned with OKEN Scanner

Bromocriptina și fertilitatea

Bromocriptina restabilește fertilitatea în toate cazurile de sterilitate prin exces de Prolactină: boli hipotalamice, tumori hipofizare, amenoree după medicamente sau anticoncepționale orale, în sfîrșit amenoree fără alte semne clinice.

Tratamentul se începe cu 2,5 mg de preferat seara pentru a evita grețurile, vărsăturile și hipotensiunea de postură, urcînd treptat la 5—7,5 mg.

Sarcina a fost posibilă după un tratament de șase luni în toate cazurile de hipogonadism însoțit sau nu de galactoree chiar dacă fondul afecțiunii a fost adenomatoza hipofizară.

Preparatul nu este teratogen. Singurul risc l-ar constitui apariția unor tulburări ale cîmpului vizual prin compresie optică consecutivă lărgirii hipofizei în timpul sarcinii. De aceea se recomandă depistarea eventualelor microadenoame din timp cu ajutorul radiografiei de șa (asimetrie și dublu contur în caz de adenom).

Autorii recomandă în asemenea situații o radioterapie prealabilă, cu care alții nu sînt de acord.

Tratamentul actual al acromegaliei

Tratamentul clasic al acromegaliei urmărește evitarea accidentelor de compresiune hipofizară pe chiasma optică, frenarea efectelor metabolice, anormale și reducerea hormonului somatotrop circulant. Nici chirurgia, nici radioterapia nu pot realiza ultimul obiectiv. În schimb două preparate de curînd introduse îndeplinesc toate aceste deziderate.

Scanned with OKEN Scanner

Levo-Dopa, precursor al dopaminei, neuromediator chimic al sistemului nervos central micşorează la acromegali secreţia hormonului somatotrop.
Bromocriptina, alcaloid al secarei cornute dotat cu proprietăţi dopaminergice are un efect asemănător dar mai puternic şi prelungit. După o singură administrare, în cantitate chiar mică — 1 mg — hormonul de creştere scade cu 20% timp de 8—10 ore.
În acromegalie se începe cu 2,5 mg în prima zi, apoi 2×2,5 mg, urcînd treptat la 4×2,5 mg. În final doza va fi de 4×5 mg/24 ore. Rezultatele sînt foarte bune. Scad transpiraţiile, glicemia şi hiperglicemia provocată tind spre normalizare, necesarul de insulină este mult mai mic. Au fost necesare readaptări de proteze dentare şi schimbarea numărului la încălţăminte. S-a ameliorat fizionomia şi hipertrofia părţilor moi.

Date actuale asupra hipotiroidiei

Hipotiroidia continuă să fie rar diagnosticată deşi frecvenţa sa în practica generală este de 0,25%. Este o afecţiune tipică pentru a doua jumătate a vieţii cu prezenţa maximă între 50—70 ani. Pe biletele de internare către spital au figurat mai totdeauna alte diagnostice cu care afecţiunea a fost confundată: insuficienţă renală, cardiacă, boală coronariană, tulburări de circulaţie cerebrală, anemie cu etiologie necunoscută. Întrucît hipotiroidia ca şi mixedemul terminal sînt de obicei forme de evoluţie ale tiroiditei autoimune, iar sexul feminin pare predispus acestor tulburări imunologice, cazurile îngrijite au fost cu o singură excepţie femei. În ordinea frecvenţei simptomele clinice şi de laborator au fost: anamneză tiroidiană, modificări psihice, cutanate, tulburări electrice pe ECG, constipaţie, colesterol peste

Scanned with OKEN Scanner

250 mg%, viteză de sedimentare depășind 15 mm la oră, mărirea inimii, anemie hipo-, normo- sau hipercromă, bradicardie.
Obiectivizarea diagnosticului s-a făcut cu ajutorul testelor funcției tiroidiene și al scintigramei cu iodocaptare. Netratată, hipotiroidia poate duce după cîțiva ani la mixedem și chiar la comă cu prognostic rezervat.
Lipsa unui hormon tiroidian injectabil face dificil tratamentul comei, dar se poate încerca administrarea pe sondă a preparatelor existente. Terapia substitutivă ameliorează în mod remarcabil simptomele hipotiroidiei. Autorii preferă Nevothyralul, un preparat dozat de tiroxină și triiodotironină. Întrucît uneori poate exista o insuficiență coronariană latentă tratamentul se va începe cu doze mici.

Indicațiile chimioterapiei sistematice

Prima indicație a *chimioterapiei sistematice* o constituie boala reziduală, imperceptibilă, care persistă după exereza chirurgicală a tumorii sau după radioterapie. Această metodă contribuie la sterilizarea tumorală, evitînd recăderile, ameliorînd prognosticul legat de apariția unor metastaze din celule a căror migrație a avut loc înaintea sau în timpul intervenției chirurgicale ori radioterapiei. Datorită chimioterapiei în boala Hodgkin 25% din cazuri sînt în stare perfectă după 7 ani de evoluție, recăderile cancerului de sîn în al doilea an au scăzut de la 29% la 3%, iar în sarcomul osos după amputație, cazurile lipsite de metastaze după 30 luni au urcat de la 25 la 80%. Se practică o primă chimioterapie de inducție sau remisiune care reduce populația celulelor tumorale inițiale la valori imperceptibile (miliarde de celule).

Scanned with OKEN Scanner

Urmează o chimioterapie complementară citoreducătoare care scade și mai mult numărul celulelor, la cîteva sute de mii, pe care le pot distruge forțele imunitare naturale.
Stimularea acestora printr-o imunoterapie activă, cum ar fi vaccinarea BCG, poate face ca forțele de apărare ale organismului să ucidă „ultima celulă" aberantă. În prezent se poate vorbi de vindecare doar în cazul tratamentului cariocarcinomului cu Methotrexat și al limfosarcomului Burkitt cu Endoxan. În rest ameliorările sînt apreciabile, ca de pildă în leucoza acută limfoidă, boala Hodgkin, limforeticulosarcomul, tumorile mamare, bronșice și cerebrale dar nu în melanom care beneficiază însă de imunoterapie. Chimioterapia nu poate distruge ultima celulă tumorală din 3 motive:
— nu afectează toate celulele, unele aflîndu-se în stare latentă;
— acțiunea distructivă cuprinde un procent variabil de celule tumorale, dar niciodată întregul contingent neoplazic activ;
— este imunosupresivă. Chimioterapia devine mai puțin activă pe măsură ce forțele imunitare slăbesc.
De aici ideea asocierii unei imunoterapii active pentru a intensifica acțiunea chimioterapiei în vederea eradicării bolii reziduale.

Date actuale în terapia bolii Hodgkin

În *boala Hodgkin* 50—60% din bolnavi trebuie să evolueze spre vindecare printr-o radioterapie de înalt voltaj, afirmă prof. Jean Bernard. Se iradiază regiunea inițial afectată cu 4 000 rad. și cu 3 000—3 500 teritoriile vecine care trebuie tratate profilactic, deoarece pot fi interesate prin contiguitate. Pe lîngă radioterapie, chimioterapia

Scanned with OKEN Scanner

ocupă un loc important. Polichimioterapia este net superioară monoterapiei, dar se aplică cu o serie de dificultăți, de obicei în centre specializate. În stadiile avansate III B — IV B, schema optimă este aceea propusă de De Vita și colaboratorii: 3 citostatice: Ciclofosfamida (Endoxan), Vincristina, Procarbazina (Natulan) asociate cu Prednison. Aceeași schemă dă rezultate mai puțin bune în limfo- sau reticulosarcomul generalizat. Această formulă de tratament mai este cunoscută sub inițialele MOPP (Mecloretamina agent alkilant, Oncovin sau Vincristin, Procarbazin și Prednison) sau COPP (Ciclofosfamidă = Endoxan, Oncovin, Procarbazin, Prednison). Citostaticele se aplică periodic, de ex. Ciclofosfamida și Vincristin în zilele 1 și 14, Procarbazina și Prednison în zilele 2 — 13. Aplicarea acestor citostatice în funcție de stadiul proliferării tumorale permite micșorarea dozelor, deci mai puține efecte secundare toxice, și totodată rezultate superioare. Prin aplicarea a două doze de Vincristină la interval de 12 ore se realizează o sincronizare a celulelor tumorale, toate fiind aduse în același stadiu al mitozei. După 48 de ore, cînd tumoarea se află în faza de sinteză a acidului dezoxiribonucleic, se injectează o doză forte de Endoxan, care împiedicînd în mod specific elaborarea acizilor nucleici, provoacă regresarea formațiunilor tumorale.

Polichimioterapia complexă este grevată de reacții adverse: Endoxanul produce alopecie, mai rar cistită hemoragică, Vincristina tulburări neuromusculare, Natulanul grețuri și vărsături. Se poate ajunge la hipoplazie medulară cu hemoragii și infecții, dar neajunsurile sînt reversibile, iar în ansamblu rezultatele sînt bune. Chiar singură polichimioterapia permite remisiuni de durată și, probabil, vindecări. Asocierea sa cu iradieri pe cîmpuri mari urcă la 95% supraviețuirile de cinci ani.

Scanned with OKEN Scanner

Rolul unor steroizi biliari în apariţia cancerului intestinului gros

Steroizii biliari — acidul dezoxicolic şi acidul litocolic — sînt incriminaţi în *apariţia cancerului intestinului gros*, fiind găsiţi în cantităţi mari alături de unele bacterii anaerobe în scaunele bolnavilor. Mecanismul oncogen ar consta din restructurarea formulei lor chimice sub acţiunea clostridiilor avînd ca rezultat o substanţă cancerigenă foarte apropiată de aromaticele policiclice cum ar fi metilcolantrenul.
Cantităţi mari din aceşti steroizi biliari ca şi de germeni anaerobi sînt proprii populaţiilor cu consum mare de grăsimi şi tumori intestinale frecvente lipsind la cele cu incidenţă mică. Se studiază în prezent posibilitatea normalizării lor prin măsuri dietetice. Depistarea din timp a acestor modificări precizează existenţa riscului tumoral.

Adriblastina, un nou citostatic

Noul citostatic Adriblastina sau Doxorubicina, extras dintr-o tulpină de *Streptomycines pencetius caesius*, cu o formulă apropiată de Daunorubicină, produce involuţia rapidă a multor tumori solide, rezistente la alte chimioterapice. Fixîndu-se pe celulă acest antimitotic inhibă sinteza ambilor acizi nucleici ADN şi ARN manifestînd o acţiune antitumorală sigură care-i aduce şapte indicaţii de prim ordin: cancerul de sîn, sarcomul osos şi al părţilor moi, limfoamele maligne inclusiv boala Hodgkin, tumorile solide la copil (sarcomul Ewing şi tumoarea Wilms), leucoza acută limfoidă şi mieloidă, cancerul

Scanned with OKEN Scanner

vezicii urinare şi cel pulmonar. Nu acţionează în melanom, tumori renale şi digestive. Se administrează în perfuzie i.v., dozajul variind între 60—75 mg/m² adică 0,4—0,8 mg/kilocorp, repetat după 3—4 săptămîni. Un alt procedeu constă din a se administra i.v. cîte 20—35 mg/m², 2—3 zile consecutiv, repetînd după 3—4 săptămîni.
Reacţiile adverse, care se anunţă prin stomatită, pot duce la hipoplazie medulară iar la un dozaj de peste 550 mg/m² în unele cazuri la tulburări cardiace: aritmii, modificări electrice de repolarizare, iar — mai rar — insuficienţă cardiacă severă.

Rolul estrogenilor în osteosarcom

Pornind de la observaţia că sexul feminin suferă rareori de sarcom osos, un grup de medici din Pittsburgh a încercat cu rezultate încurajatoare estrogenii. Experimental, în culturile de ţesuturi tumorale estrogenii într-adevăr inhibă replicarea acidului dezoxiribonucleic. S-a folosit Estradiol 15 mg/zi sau Progesteron 10 mg × 4/zi. Tratamentul se începe cu Estradiol, iar în caz că afecţiunea nu răspunde suficient la acest hormon se asociază Progesteronul.

Conectivita mixtă

O nouă colagenoză: conectivita mixtă. G.G. Sharp şi colaboratorii descriu în Amer. J. Med., 1972, 52, 148, o boală reumatismală caracterizată clinic printr-o asociaţie de simptome existente în trei afecţiuni: lupus eritematos

Scanned with OKEN Scanner

diseminat, sclerodermie şi polimiozită, iar biologic prin existenţa de anticorpi antiribonucleici. Afecţiunea are o evoluţie benignă fiind sensibilă la corticoterapie.
O denumesc: *Mixed Connective Tissue Disease*. Prezintă următorul tablou:

— Poliartrită nedistructivă sau artralgii, mîini tumefiate.

— Tulburări tip Raynaud.

— Miozite: atingeri viscerale fără interesarea rinichiului; prinderea esofagului ca în sclerodermie.

— Anticorpi antiribonucleoproteină (anti-ARN).

Prognosticul este bun, iar corticoterapia este eficace, la nevoie fiind asociată cu Imuran.
Alţi autori descriu la femei de vîrstă medie o afecţiune asemănătoare, cronic recidivantă, amintind lupovisceritа, pe care o denumesc *pseudolupus eritematos*. Se caracterizează prin:

1. Sindrom clinic: febră recidivantă, poliartralgii, poliartrită, polimialgii, pleurite, infiltraţii pulmonare, miocardită, pericardită. Spre deosebire de L.E. lipseşte atingerea rinichilor şi a sistemului nervos central.
2. Sindrom inflamator: viteză de sedimentare mult crescută, teste de disproteinemie pozitive, anemie normocromă cu hiposideremie, leucocite normale, scăzute sau crescute cu deviere la stînga şi limfopenie.
3. Sindrom imunologic: lipsa anticorpilor antinucleari şi a fenomenului L.E.; prezenţa unor anticorpi anti-mitocondriali din clasa imunoglobulinelor, de tipul celor descrişi şi în ciroza biliară. La majoritatea pacienţilor care au prezentat pseudolupus eritematos s-au depistat afecţiuni venoase: varice, tromboflebite recidivante pentru care primiseră ca tratament Venopyron avînd în compoziţie Dioxopyrazolidin şi extracte de plante.

Afecţiunea poate fi încadrată în lupusul eritematos medicamentos produs de Hidralazină (Hipopresol),

Scanned with OKEN Scanner

Procainamidă, Izoniazid care cedează la întreruperea tratamentului și recidivează la reluarea lui.
Mecanismul autoimun are ca factor inițial lezarea celulară (prin virus, microorganisme, toxice medicamentoase) cu eliberarea unor fracțiuni subcelulare antigenice, față de care sistemul imunitar reacționează cu producerea unor anticorpi care declanșează sindromul clinic și biologic de inflamație. Spre deosebire de L.E. autentic lipsesc anticorpii antinucleari și imunocomplexele circulante deosebit de nocive.

Trombozele și medicația antiagregantă

Frecvența accidentelor vasculare cerebrale și cardiace, cauză principală de mortalitate, explică interesul ce se acordă elucidării patogeniei trombozelor arteriale și încercările pentru găsirea unor soluții de prevenire a lor.
Înțelegem prin tromboză o coagulare intravasculară a sîngelui, aderentă la perete, în timpul vieții, consecutiv unor factori dintre care cel esențial este leziunea endotelială. Trombocitele se află astăzi în centrul atenției din cauza participării lor la geneza trombozelor. Secționarea unui trombus evidențiază două părți distincte: 1) o zonă palidă, implantată la nivelul peretelui: este cheagul alb alcătuit din material plachetar; 2) corpul de culoare roșie cu structură fibrinoasă. Prin extindere trombusul devine ocluziv pricinuind tulburările hemodinamice ale organului irigat. Multă vreme, în baza detaliilor oferite de coloratia May-Grünwald-Giemsa, structura plăcuțelor sanguine a fost apreciată ca rudimentară. Datorită

Scanned with OKEN Scanner

microscopiei electronice știm că aceste celule anucleate sînt organizate complex fiind prevăzute cu organite asemănătoare celor existente în citoplasma celulelor mari.

În mod normal plăcuțele circulă liber în lumenul vaselor fără vreo tendință de aderare la endoteliul vascular și nici de alipire între ele. În cazul rănirilor ele intervin pe baza proprietăților de adezivitate și agregabilitate asigurînd hemostaza locală. În condiții patologice cînd învelișul endotelial suferă modificări prin ateromatoză trombocitele aderă la fibrele de colagen denudate sau la alte structuri ca membrana bazală ori microfibrilele ce înconjoară elastina. Ele aderă de altfel la orice suprafață străină cum ar fi protezele cardiace valvulare și cele arteriale prilejuind complicații tromboembolice. Cele dintîi plăcuțe care s-au lipit de perete eliberează din granulele lor o secreție adenozindifosforică (ADP) consecutiv căreia plăcuțele se alătură unele lîngă altele alcătuind cheagul. Noile venite repetă, la rîndul lor, procesul „eliberării" acestei secreții și trombusul crește în dimensiuni.

Microscopic se poate vedea cum sub acțiunea ADP plăcuțele își modifică forma normală de disc în aceea de sferă cu pseudopode care le dă posibilitatea coalescenței lor.

Un moment hotărîtor în terapia trombozelor a fost descoperirea proprietății aspirinei de a inhiba faza a doua de agregabilitate indusă de ADP sau adrenalină. Efectul se datorește exclusiv radicalului acetil, fiind evident chiar la doze mai mici de 0,30 g acid acetilsalicilic. Cu 2×500 mg acțiunea antiagregantă a aspirinei durează în toată plinătatea ei 24 ore. Membrana plachetară rămîne modificată ireversibil timp de 2—6 zile, iar utilizarea repetată a aspirinei nu duce la obișnuință. Salicilații care nu dețin în compoziția lor radicalul acetil nu au proprietăți antiagregante dar anhidrida acetică,

Scanned with OKEN Scanner

agent acetilant, manifestă aceeaşi acţiune inhibînd eliberarea ADP din granulele plăcuţelor.
Agregabilitatea plachetară a putut fi studiată prin reproducerea fenomenului *in vivo* cu ajutorul a 3 factori: lezarea endoteliului vascular (electrică, mecanică etc.), injectarea unor substanţe agregante (ca histamina, noradrenalina) şi turbulenţa fluxului sanguin. În zonele cu vîrtejuri are loc chiar în condiţii normale o grupare laxă şi tranzitorie a trombocitelor. În patologia umană astfel de regiuni predispuse trombozelor se găsesc la nivelul plăcilor de aterom ulcerate, la bifurcaţia arterelor, pe suprafaţa valvulelor artificiale. Aglomerarea plăcuţelor în aceste zone este periculoasă întrucît ele lezează local peretele printr-o serie de secreţii care pricinuiesc edem şi ruperea membranei bazale.
Prezenţa unor agregate circulante de plăcuţe, în timpul stress-ului nervos sub influenţa catecolaminelor (adrenalină şi noradrenalină) explică frecvenţa accidentelor vasculare în astfel de stări. Diminuarea fluxului sanguin prin procesul ateromatos, ocluziv, stenozant este determinantul complicaţiilor bolii arteriale. Ischemia cerebrală tranzitorie, considerată pînă acum ca fiind un angiospasm, este în realitate o tulburare hemodinamică consecutivă unei tromboze reversibile carotidiene, mai des la nivelul bifurcaţiei.
După studii noi 74% din pacienţii cu sindrom ischemic cerebral prezintă stenoze corijabile chirurgical în sectorul extracranian al vaselor cerebrale.
Iată şi simptomatologia cerebrală a unei insuficienţe carotidiene: stadiul I: asimptomatic; stadiul II: simptome ischemice cerebrale tranzitorii (hemipareze controlaterale şi tulburări de sensibilitate, tulburări de vedere şi de vorbire ipsilaterale), fenomene generale (sincopă, ameţeli, cefalee); stadiul III: hemiplegie declarată cu, ori fără tendinţă de regresiune; stadiul IV: hemiplegie cu tulburări de cunoştinţă; vindecare cu defect definitiv.

Scanned with OKEN Scanner

Ischemia periferică a membrelor inferioare se datorește trombozei arterei femurale, iar necroza intestinală (infarct visceral) trombozei vaselor mezenterice.
Plăcuțele mai participă la fenomenul de respingere al organelor transplantate, la procesul de coagulare diseminată intravasculară (*placenta praevia*, stări de șoc, incompatibilitate transfuzională, septicemii, intoxicații cu ciuperci, muşcături veninoase etc.).
În experimentările tumorale sînt indispensabile formării metastazelor.
Trombozele nu sînt structuri statice, ci dinamice care își măresc dimensiunile și se fragmentează embolizînd. De curînd s-a constatat că tromboza arterei centrale a retinei nu este un proces local ci ocluzia unei artere terminale printr-un embolus desprins din bifurcația carotidei. La nivelul inimii micile agregate trombocitare emboligene pot ajunge în microcirculația miocardului provocînd ischemii tranzitorii și aritmii fatale. De aceea este imperioasă suprimarea oricăror surse parietale emboligene. În tromboza venoasă cheagul poate fi produs de asocierea stazei cu o traumă vasculară dar tulburarea coagulării (de ex. exces de fibrinogen) poate fi un factor inițial declanșant. Pentru acest motiv medicația anticoagulantă este foarte eficientă în terapia profilactică, eventual curativă a trombozelor venoase, dar nu arteriale. Precizarea rolului jucat de agregabilitatea plăcuțelor în trombogeneza arterială a dus la apariția și dezvoltarea unei noi clase de medicamente antiagregante, capabile să inhibe adezivitatea și agregabilitatea lor. În aceeași măsură au fost depistați și factorii sau substanțele care — stimulînd aceste reacții plachetare — predispun la tromboze.
1. *Factori agreganți.* *Estrogenii* prezenți în compoziția pilulelor anticoncepționale orale sînt responsabili de accidentele tromboembolice cerebrale și pulmonare semnalate la femei tinere.

Scanned with OKEN Scanner

Complicații similare au fost întîlnite la bolnavii cu cancer al prostatei tratați cu stilbestrol. *Nicotina* acționează nu numai asupra peretelui vascular al arterelor dar și asupra plăcuțelor explicînd frecvența incidentelor aterosclerotice la fumători. *In vitro* nicotina provoacă și intensifică agregabilitatea trombocitelor, mărește retractibilitatea cheagului.

Hiperlipidemia, regimul experimental cu exces de grăsimi favorizează apariția trombozelor.

II. *Medicamente antiagregante.* Antiinflamatoriile nesteroidiene: Indometacina, Sulfinpyrazona, ac. mefenic, ac. flufenamic, fenilbutazona, acidul acetilosalicilic. La iepure aspirina oprește formarea trombusului în arterele urechii după traumatismul local cu Laser, iar la cîine trombboza arterelor periferice după injectarea de acid sulfuric. Aspirina nu poate preveni infarctul experimental la cîine prin curent electric, dar scade incidența aritmiilor, a fibrilației ventriculare și mortalitatea. În geneza tulburărilor de ritm la infarctul miocardic se admite și rolul patogen al microagregatelor plachetare. De asemenea aspirina micșorează evident frecvența necrozelor miocardice la cîine după perfuzia cu adrenalină sau endotoxine bacteriene.

Rezultatele utilizării aspirinei în scop antiagregant sînt promițătoare. Mai de mult se cunoștea raritatea infarctelor cardiace și a accidentelor vasculare cerebrale la suferinzii de poliartrită cronică evolutivă care luau regulat aspirină. Utilității sale în cardiopatia ischemică i-au fost dedicate numeroase studii (*Brit. med. J.*, 1974, 1, 436) apreciindu-se că riscul celor care iau regulat aspirină, de a face infarct miocardic este de cinci ori mai redus față de martori. Administrată îndelungat aspirina ameliorează prognosticul infarctelor la 5 ani față de grupul martor.

Rezultate la fel de favorabile sînt relatate de Wood (*Lancet*, 1972, 11, 132) ai cărui pacienți cu risc coronarian

Scanned with OKEN Scanner

iau zilnic 1 comprimat de aspirină pentru a preveni trombozele și de Craven în al cărui grup alcătuit din 8 000 bolnavi luînd între 300—600 mg aspirină pe zi nu s-au semnalat din 1956 nici un caz de tromboză cerebrală sau coronariană.
Efecte sigure au fost obținute în cecitatea monoculară tranzitorie ale cărei crize au fost integral prevenite.
La om grefele renale sînt mai bine tolerate sub aspirină, iar protezarea articulației coxofemurale poate fi făcută cu mai puține complicații tromboembolice sub acest medicament. Principalul dezavantaj al aspirinei îl constituie proasta sa toleranță, de către tubul digestiv, care crește pe măsură ce vîrsta înaintează adică tocmai cînd medicamentul ar fi mai util. Unele preparate tamponate corectează în parte acest inconvenient.
Clorochina, Hidroxiclorochina, preparate antimalarice și antiinflamatorii, inhibă agregarea plăcuțelor.
Teofilina, cofeina, papaverina pe lîngă acțiunea lor vasodilatatoare posedă proprietăți antiagregante care le fac indicate în ischemiile cerebrale.
Prostaglandinele E_1 manifestă o puternică acțiune antiplachetară, dar de scurtă durată fiind repede eliminate.
Se indică și o serie de preparate folosite curent în tratamentul anginei pectorale: Lidoflazina, Dipiridamolul (Persantin) și Carbocromenul (Intensain). Studiile efectuate cu Dipiridamol atestă utilitatea sa prin supraviețuiri mai mari după infarct, reducerea incidenței complicațiilor tromboembolice, și a celor vasculare cerebrale.
Se asociază cu anticoagulante pentru profilaxia emboliilor la protezele valvelor cardiace.
Sînt utile și antidepresivele triciclice chiar în doze mici: Imipramina (Antideprin), Amitriptilina (Teperin), Nortriptilina ca și Clorpromazina.
Clofibratul modificator al metabolismului lipidelor diminuă adezivitatea plăcuțelor și le prelungește media

Scanned with OKEN Scanner

de viață la vîrstnici. Coronarienii aflați sub tratament prelungit cu Clofibrat au mai puține infarcte și mai rare morți subite decît martorii.
Dextranul 40, 70, 75 polimer al glucozei realizează profilaxia trombozelor postoperatorii. Poate fi folosit în perfuzii pentru activarea circulației periferice și dispersarea plăcuțelor în scop profilactic.
Penicilina G oprește retracția cheagului, deci una din funcțiile trombocitare. În endocardita bacteriană în care detașarea microtrombilor de pe valvule provoacă leziuni renale și cerebrale penicilina într-un dozaj mare, pe lîngă o acțiune antibacteriană, realizează și o funcție favorabilă antiagregantă.
Prezența proceselor trombotice într-o serie de glomerulonefrite face utilă medicația antiplachetară în nefrologie. Indometacinul micșorează depozitele de fibrină din peretele vaselor renale fiind indicat astfel pentru proprietățile sale antiinflamatorii și antitrombotice în glomerulonefritele streptococice și membranoproliferative.
Deși heparina nu acționează asupra plăcuțelor ci asupra coagulării, poate fi utilizată la persoane cu risc mărit, împotriva complicațiilor tromboembolice venoase.
În terapeutică au fost experimentate unele asociații (ca de ex. aspirină + Persantin) pentru prevenirea trombozelor în chirurgie. evitarea complicațiilor ischemice ale aterosclerozei, respingerii grefelor ca și în unele glomerulopatii.
Persantin 400 mg zilnic, singur sau 150 mg pe zi în asociere cu aspirina 1 g/zi normalizează consumul plachetar și riscul de tromboză în chirurgia cardiovasculară. Asocierea aspirină + Persantin ameliorează sindromul Raynaud cu dureri spastice și gangrenă digitală chiar dacă alte medicamente nu au fost eficiente.

Scanned with OKEN Scanner

Scurte actualităţi în neurologie

Actualităţi în tratamentul bolii Parkinson

Descoperirea *lipsei de dopamină* în corpul striat şi alţi ganglioni bazali ai creierului a constituit un important progres în patogenia şi *tratamentul bolii Parkinson*. Imposibilitatea de a corecta simptomatologia clinică prin administrarea de dopamină, deoarece aceasta nu trece bariera hematoencefalică, a fost fericit soluţionată cu ajutorul precursorului său Dopa. Sub forma sa levogiră, Dopa ajunge uşor în creier şi influenţează favorabil tabloul clinic. Cu L-Dopa (Dopason, Sarodopa etc.) se ameliorează în special rigiditatea, hipokinezia, postura specifică, sialoreea, hipersecreţia de sebum dar mai puţin tremorul. Pentru evitarea tulburărilor digestive consecinţă a stimulării centrului emetic din măduvă şi a iritaţiei gastrice (inapetenţă, greţuri, vărsături) medicaţia se începe progresiv de la 250 mg × 3 după mese, în decursul a 4—6 săptămîni la doza activă care este de 2—3 g pe zi. Deşi utili pentru combaterea greţurilor nu se vor utiliza derivaţi de fenotiazină deoarece interferează cu acţiunea L-Dopei micşorîndu-i efectele. Dezintegrarea L-Dopei făcîndu-se printr-o enzimă piridoxin-dependentă va fi evitată cu stricteţe vitamina B_6. O doză de 10—15 mg din această vitamină prezentă în multe complexe polivitaminice poate bloca rapid efectele terapeutice ale L-Dopei.

Printre reacţiile adverse ale acestui medicament se enumeră tulburările digestive: disfagie, diaree sau constipaţie, gust amar, flatulenţă şi tulburări de vedere.

Scanned with OKEN Scanner

Prin transformarea în noradrenalină poate produce palpitații, tahicardie, dar contrar așteptărilor, în 20% din cazuri hipotensiune ortostatică. După un tratament de 3 luni pot apare reacții mai importante. Consecutiv unui exces de dopamină la 50% din cazuri apar mișcări involuntare de tip extrapiramidal, asemănătoare celor din coreea Huntington, blefarospasm care de altfel poate fi apreciat ca un semn de alarmă al supradozajului, mișcări faciolinguale cu grimase, zvîcnituri ale capului, oscilații ale brațului și trunchiului. Stimularea sistemului nervos central produce insomnie, anxietate, stări depresive, maniacale, idei paranoide, priapism. Toate aceste tulburări dispar după reducerea dozelor sau după 1—2 zile de administrare dintr-un preparat fenotiazinic, dar în același timp scade și efectul clinic antiparkinsonian.

Amantadina (Vyregit, Symmetrel) un medicament antiviral a fost descoperit ca antiparkinsonian datorită întîmplării. Luînd Amantadină pentru a preveni gripa o serie de bolnavi remarcă în mod neașteptat ameliorarea stării lor. Preparatul mai bine suportat decît L-Dopa ameliorează doar 50% din cazuri, pe timp limitat. Produce *livedo reticularis* la membrele inferioare. Dacă efectele sale asupra akineziei sînt mai reduse, în schimb influențează mult mai bine tremorul. Anticolinergicele (Belladona, Romparkin, Artane etc.) în doze moderate acționează sinergic cu L-Dopa și pot fi asociate. Blocînd receptorii colinergici aceste preparate acționează și asupra tremorului.

În boala Parkinson mai au indicație și medicamentele antihistaminice.

Nu vor fi uitate și alte măsuri la fel de importante: educarea pacientului cu noțiuni asupra afecțiunii sale, ergoterapie în raport cu starea fizică și preocupările individuale, fizioterapie, psihoterapie, evitarea surselor de *stress*.

Scanned with OKEN Scanner

Inhibitorii decarboxilazei în boala Parkinson

Necesitatea unor doze terapeutice relativ mari de *L-Dopa în boala Parkinson*, de unde și incidența crescută a tulburărilor secundare, este impusă de catabolismul său în sînge și țesuturi printr-un proces de decarboxilare. Descoperirea unor inhibitori ai decarboxilazei, enzima care o catabolizează, a constituit încă un progres în terapia afecțiunii. Principalul avantaj constă în reducerea dozajului zilnic de L-Dopa și astfel evitarea efectelor sale digestive, vasculare și nervoase. Carbidopa este unul din acești inhibitori prezentat în asociație cu Levo-Dopa 25 mg/250 ng sub numele de Sinemet. Un alt inhibitor este Modopar, preparat în gelule alături de L-Dopa: 25 mg/100 mg.
Inhibitorii decarboxilazei scad cu aproape 80% necesarul de L-Dopa. Contraindicațiile lor rămîn aceleași ca la L-Dopa: glaucom, insuficiență hepatorenală, cardiacă, sarcină, alăptare.

Asocieri terapeutice în boala Parkinson

În timp ce rigiditatea și bradikinezia în boala Parkinson sînt ameliorate satisfăcător de L-Dopa tremorul rămîne mai puțin influențat. O serie de asocieri încearcă să remedieze acest deficit.
Folosită în asociație, Amantadina permite utilizarea unor doze mai mici de L-Dopa acționînd favorabil și

Scanned with OKEN Scanner

asupra tremorului. Propranololul (Inderal) mult utilizat pentru efectele sale de blocaj a receptorilor beta-adrenergici în angina pectorală, hipertensiunea arterială şi tireotoxicoze ameliorează şi tremorul bolii Parkinson. Nancy P. Kissel şi colab. (La Nouv. Presse méd., 1973, 29) folosesc pentru prima oară asociaţia L-Dopa 3 g + Propranolol 40—80 mg/zi, în 3 prize. Ameliorarea tremorului începe din a 3—5-a zi. Propranololul singur nu influenţează hipertonia musculară, nici akinezia afecţiunii, acţiunea sa favorabilă limitîndu-se asupra tremorului.

Migrena şi nevralgia migrenoidă periodică

Dintre *cefaleele vasomotorii* două forme continuă să intereseze datorită frecvenţei cu care apar şi remediilor încă insuficiente: *migrena* şi *nevralgia migrenoidă periodică*, afecţiuni cu mecanism patogen diferit, dar în practică adesea confundate din cauza simptomelor asemănătoare.

I. *Migrena* este mai bine cunoscută: o cefalee vasculară însoţită de o dereglare a tonusului musculaturii netede vasculare. Se caracterizează prin: durere unilaterală mai des temporală, dar uneori bilaterală sau difuză, fotofobie, greţuri, vărsături, scotom, sensibilitate la zgomot. Faţa este palidă, regiunea arterei temporale tumefiată şi dureroasă la palpare. Parcurge 3 etape: a) vasoconstricţie, b) vasodilataţie cu durere pulsatilă, c) infiltraţie edematoasă a ţesutului periarterial cu durere continuă.

În biologia migrenei atrage atenţia o mare descărcare de serotonină.

Scanned with OKEN Scanner

În faza prodromală și inițială un preparat vasodilatator poate tăia criza (de ex. ergotamină + cofeină). Întotdeauna se asociază un analgetic și un barbituric. În criză ajută doar analgeticele: pe gură dacă nu există vărsături, altfel în supozitoare sau pe cale intravenoasă (5 ml de Novalgin i.v. taie criza de migrenă). În intervalul dintre crize, cînd acestea sînt mai mult de două lunar, se va lua: Dihydergot, Clonidin (Haemiton), hipotensor dotat cu proprietăți antimigrenoase sau un barbituric lipsit de efect narcotic. Se vor evita excitantele și stimulentele.
Atenție la alimentele care pot declanșa o criză de migrenă: brînza prin tiramina ce o conține, ciocolata prin fenil-etilamină.
II. *Nevralgia migrenoidă periodică*, cunoscută în țările anglo-saxone sub denumirea de „Cluster headache" a fost descrisă de Horton care a obținut rezultate favorabile prin desensibilizarea la histamină.
Apare mai des la femeie decît la bărbat, în raport de 8/1, interesînd vîrste de la 20 la 50 de ani. Poate fi declanșată de o băutură alcoolică, de un vasodilatator, dar apare și spontan de 1—3 ori pe zi și îndeosebi în timpul somnului.
Cîteva caractere o deosebesc de migrena obișnuită: durere mai puternică, localizată la orbită sau tîmplă, durată mai scurtă 30—120 minute, ochiul poate lăcrima, nara se înfundă, uneori există un sindrom Horner.
Tulburările de vedere ca și cele digestive lipsesc, iar în familie nu se mai găsesc alte cazuri de migrenă.
În timp ce la migrenă capilarele sînt spastice producînd paloare, la nevralgia Horton sînt dilatate, pielea fiind roșie, caldă. După crize dureroase, zi și noapte timp de cîteva săptămîni, urmează un interval liber de luni de zile. Durerea este mai mult vasculară decît neurogenă, iar prezența sindromului Horner indică existența unor tulburări simpatice și carotidiene care au și fost confirmate prin testări hemodinamice și termografie. În

Scanned with OKEN Scanner

nevralgia migrenoidă există mari descărcări de histamină ceea ce explică durerea și fenomenele vasculare. În timpul perioadei dureroase nitroglicerina poate provoca o criză în cel mult o oră. Tratamentul cu Ergotamină este mult mai eficient decît la migrenă. Se face i.m., într-o doză de 0,25 mg—0,5 mg; la cele mai mici semne sau profilactic, un supozitor de 1—2 mg. În perioada dureroasă aceste doze se repetă de 2—3 ori zilnic. În intervalul dintre crize se continuă același tratament care poate fi întrerupt o zi pe săptămînă. În cazul ineficienței Ergotaminei se recurge la Methysergid (Deseril), 3—6 mg/zi.

Propranololul în migrenă

In *migrena recidivantă și complicată* rebelă la tratament se poate încerca cu rezultate bune Propranololul (Inderal). Doza preventivă este de 80 mg/24 ore, timp de șase luni. Contraindicațiile sînt cele uzuale ale medicației beta-blocante, care acționează pe sistemul de conducere al inimii, pe musculatura netedă a arterelor, venelor și bronhiilor. Așadar nu va fi dat în caz de astm bronșic, ulcer gastroduodenal activ, bloc atrioventricular, insuficiență cardiacă și hipotensiune arterială.

Dr. GH. STOICESCU

Scanned with OKEN Scanner

Preparate medicamentoase

SPECIALITĂȚI pentru anul 1977*

Prof. dr. V. Stroescu

* Preparatele medicamentoase corespund nomenclatorului oficial al Ministerului Sănătății pentru anul 1977. Noțiunile cuprinse în fiecare monografie nu au caracter oficial; ele nu epuizează subiectul tratat ci reprezintă doar un îndreptar elementar pentru folosirea rațională a medicamentelor respective.

RECOMANDARE: În timpul sarcinii, mai ales în primul trimestru, se va evita, în măsura posibilului, orice tratament medicamentos.

Scanned with OKEN Scanner

Prescurtări folosite

P.	= prezentare
Ac.	= acţiuni farmacologice şi terapeutice
Ind.	= indicaţii terapeutice
Ef.N.	= efecte nedorite (reacţii adverse)
C.I.	= contraindicaţii
I. (ca indice)	= denumire comună internaţională

Scanned with OKEN Scanner

A. Medicamente românești

— alfabetic —

Acalor (chinaseptol, germicid)

P. — *Comprimate* conținînd aminofenazonă hidroxichinolinsulfonat 500 mg (flacon cu 10 buc.); *supozitoare* conținînd aminofenazonă hidroxichinolinsulfonat 200 mg (cutie cu 3 buc.).

Ac. — Analgezic, antipiretic, antiinflamator, slab antiseptic.

Ind. — Stări febrile, gripă sau răceală comună; nevralgii, dureri reumatice.

Ad. — *Adulți:* 1 comprimat de 3—4 ori/zi; *copii:* 1/2—2 comprimate/zi, 1—4 supozitoare/zi.

Ef.N. — Greață, vomă, gastrită, lezarea ficatului sau rinichiului (prin hidroxichinolină); reacții alergice, rareori leucopenie, chiar agranulocitoză (prin aminofenazonă); la copiii mici poate provoca convulsii.

C.I. — Boli hepatice și renale, gastrită, enterocolită acută, stări de agitație; alergie la aminofenazonă, leucopenie.

Scanned with OKEN Scanner

Acetoxiprogesteronă (hidroxyprogesteronacetat[I], gestageno, prodox)

P. — *Comprimate* conținînd hidroxiprogesteron acetat 25 mg (flac. cu 20 buc.).

Ac. — Derivat de progesteron activ pe cale orală: provoacă modificarea secretorie a endometrului, preparîndu-l pentru nidație, favorizează dezvoltarea placentei și suprimă motilitatea uterină, stimulează proliferarea țesutului alveolar mamar (acționează numai după pregătire prin estrogeni); poate inhiba ovulația.

Ind. — Avort habitual și iminență de avort, amenoree secundară (prin hipofuncție luteală), sîngerări uterine funcționale, terapie de substituție ciclică (în asociație cu estrogeni).

Ad. — Doza obișnuită este de 1—2 comprimate/zi; în avortul habitual 4—10 comprimate/zi.

Ef.N. — Rareori acnee, seboree, prurit, erupții cutanate alergice. Asociațiile estrogen-progestativ pot provoca greață, vomă, anorexie, dureri abdominale, sîngerări uterine, neregularități menstruale, amenoree, edeme, tumefacția sînilor, suprimarea lactației, migrenă, leziuni neurooculare, stări depresive, icter colestatic, tromboflebite. Dozele mari de progestativ pot provoca masculinizarea fătului feminin.

C.I. — Tromboflebită și accidente tromboembolice în antecedente, boli hepatice, cancer de sîn sau organe genitale, sîngerări vaginale nediagnosticate, alergie specifică; prudență în epilepsie, migrenă, astm, insuficiență cardiacă și la renali.

Scanned with OKEN Scanner

Acid acetilsalicilic (aspirin)*

P. — *Comprimate* conținînd acid acetilsalicilic 500 mg (cutie cu 20 buc.); *comprimate efervescente* conținînd acid acetilsalicilic 300 mg, tamponat cu citrat de sodiu (benzi de staniol cu 10 buc.).
Ac. — Analgezic, antiinflamator și antireumatic, antipiretic; scade coagulabilitatea sîngelui (inhibă agregarea plachetelor și deprimă sinteza protrombinei).
Ind. — Reumatism poliarticular acut, poliartrită reumatoidă și alte boli reumatismale; nevralgii, mialgii, dureri dentare, cefalee, dureri menstruale; stări febrile (în boli infecțioase, răceală comună etc.); profilaxia accidentelor tromboembolice postoperatorii.
Ad. — *Adulți:* 1—2 comprimate (la mese) de 2—3 ori/zi (doza obișnuită), 6—10 comprimate/zi în reumatismul poliarticular acut; *copii:* 1/2—4 comprimate/zi (după vîrstă), 3—8 comprimate/zi în R.P.A.; comprimatele efervescente se administrează în 1/3—1/2 pahar cu apă, cîte 1—8/zi la adult sau 1/2—4/zi la copii.
Ef.N. — Iritație digestivă (mai puțin pentru comprimatele efervescente), cu tulburări dispeptice, microhemoragii, rareori hematemeză sau melenă; reacții alergice diverse: erupții cutanate, bronhospasm (mai ales la astmatici); dozele terapeutice mari pot provoca fenomene de salicism: amețeli, *tinitus*, cefalee, sudorație, greață, vomă, stare confuzională, tahicardie, tahipnee.
C.I. — Alergie specifică; prudență în boala ulceroasă și atunci cînd se asociază cu anticoagulante.

Acid acetilsalicilic — Efesal

Vezi acid acetilsalicilic (comprimate efervescente).

* Comprimatele efervescente sînt comercializate sub denumirea Acid acetilsalicilic — Efesal.

Scanned with OKEN Scanner

Acid epsilonaminocaproic (acidum aminocaproicum[I], acepramin, amicar, épsiecapron)

P. — *Fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd acid aminocaproic 2 g (cutie cu 10 și 100 buc.); *pulbere* de acid epsilonaminocaproic (borcan sau pungă cu 200 g).

Ac. — Inhibitor al fibrinolizei, deprimă funcția activatorilor plasminogenului și în măsură mai mică pe aceea a plasminei; este activ ca antihemoragic în hemoragiile prin hiperfibrinoliză; are de asemenea proprietăți antiinflamatorii și antialergice (tot prin inhibarea fibrinolizei).

Ind. — Hemoragii prin hiperfibrinoliză sistemică în cadrul complicațiilor chirurgiei cardiace și anastomozei portocave, al anemiei aplastice, detașării premature a placentei, cirozei, bolilor canceroase și leucemiei; hematurie prin fibrinoliză urinară după traumatisme grave, în condiții de șoc, anoxie, după prostatectomie, nefrectomie sau în cadrul bolilor neoplazice genitourinare.

Ad. — În perfuzie intravenoasă, diluat cu soluție salină sau glucozată izotonă; în hemoragiile prin hiperfibrinoliză sistemică 4—5 g în prima oră, continuînd cu 1 g/oră timp de 8 ore sau pînă la oprirea sîngerării (fără a depăși 30 g/zi), în hematurie 5—8 g/zi; oral cîte 3 g de 4—6 ori/zi; local (eventual îmbibat în bureți hemostatici sau în tifon).

E.f.N. — Diaree, greață, pirozis, erupții cutanate, sufuziuni conjunctivale, obstrucție nazală, creșterea diurezei, hipotensiune ortostatică (pentru dozele mari); introducerea intravenoasă rapidă provoacă hipotensiune, bradicardie, aritmii; uneori tromboflebită la nivelul venei injectate.

C.I. — Insuficiență renală gravă, stări trombotice, hemoragii intracavitare, sarcină (în primele 2 trimestre); prudență la cardiaci, hepatici și renali.

Scanned with OKEN Scanner

Acid folic (acidum folicum[I])

P.— *Drajeuri* conținînd acid folic 5 mg (cutie cu 30 buc.).
Ac.— Vitamină din complexul B, stimulează eritropoieza, corectează unele anemii megaloblastice prin carență specifică.
Ind.— Anemie macrocitară nutrițională, anemie macrocitară de sarcină, sprue, sindrom megaloblastic al copiilor mici.
Ad.— Inițial 1—2 drajeuri/zi, apoi 1/2—1 drajeu/zi pentru întreținere.
Ef.N. și C.I.— Folosit singur în anemia pernicioasă provoacă răspuns hematopoietic, dar nu împiedică fenomenele degenerative spinale (este obligatorie asocierea cu cianocobalamină); utilizarea inadecvată poate întîrzia diagnosticul și instituirea tratamentului corect în anemiile megaloblastice.

Acid iopanoic (acidum iopanoicum[I], cistobil, telepaque)

P.— *Comprimate* conținînd acid iopanoic 500 mg (cutie cu 18 buc.).
Ac. și Ind.— Produs de contrast pentru explorarea radiologică a căilor biliare; apare în vezicula biliară la 4 ore de la administrare, realizînd concentrația maximă după 10—12 ore.
Ef. N.— Uneori greață, vomă, diaree, rareori disurie, erupții cutanate. Crește iodul proteic sanguin (cîteva luni).
C.I.— Intoleranță sau alergie la iod; insuficiență hepatică gravă, hipertiroidism sever, insuficiență cardiacă, scleroză miocardică, nefrită cronică cu insuficiență renală; prudență în tuberculoză, astm și la alergici.

Scanned with OKEN Scanner

Acid nalidixic (acidum nalidixicum[I], negram, nevigramon)

P. — *Comprimate* conținînd acid nalidixic 500 mg (cutie cu 56 buc.); *suspensie* 6% pentru uz intern la copii (flacon a 50 ml cu o măsură a 1 ml).
Ac. — Antiseptic urinar și intestinal, acționează predominant asupra germenilor Gram-negativi, mai ales *Proteus, Klebsiella, E. coli. Shigella (Pseudomonas* este în general insensibil); rezistența se dezvoltă repede.
Ind. — Infecții urinare cu germeni Gram-negativi sensibili; dizenterie bacilară.
Ad. — *Adulți:* cîte 1 g (2 comprimate) la 6 ore, timp de o săptămînă sau mai mult; *copii:* 60 mg/kg și zi (în 2—4 doze).
Ef.N. — Dureri abdominale, greață, vomă, diaree; reacții alergice — erupții cutanate, prurit, urticarie, edem angioneurotic, eozinofilie, rareori reacții anafilactoide; colestază, sîngerări gastrointestinale, slăbiciune musculară, mialgii, fotosensibilizare, parestezii, trombocitopenie, leucopenie, anemie hemolitică, tulburări funcționale de vedere (reversibile), fenomene psihotice, convulsii; la copii mici poate crește presiunea intracraniană. Provoacă reacții fals pozitive pentru glucoză în urină, interferă cu dozarea 17-cetosteroizilor.
C.I. — Alergie specifică, sarcină (în primul trimestru), copii mici (în prima lună); prudență în insuficiența renală sau hepatică, insuficiența respiratorie, afecțiunile convulsivante, ateroscleroza cerebrală avansată și în general în bolile sistemului nervos central.

Acidopeps

P. — *Comprimate* conținînd clorhidrat de acid glutamic 500 mg și pepsină 100 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Acidul clorhidric (eliberat treptat din clorhidratul de acid glutamic) și pepsina, ferment digestiv proteolitic,

Scanned with OKEN Scanner

substituie factorii corespunzători, deficitari în secreția gastrică.
Ind. — Stări dispeptice prin hipoaciditate sau anaciditate gastrică.
Ad. — 1—2 comprimate desfăcute în apă, în timpul meselor principale.
Ef.N. — Dozele mari pot provoca acidoză sistemică.
C.I. — Hiperaciditate gastrică, ulcer, stări de acidoză.

A.C.T.H. (corticotrophin, corticotropin)

P. — *Flacoane* conținînd ACTH *pulbere* liofilizată 50 u.i. (50 mg).
Ac. — Stimulează corticosuprarenala, crescînd secreția de glucocorticoizi și androcorticoizi; are acțiuni asemănătoare cortizonilor. Efectul depinde de capacitatea secretorie a suprarenalei.
Ind. — Pentru determinarea capacității funcționale a corticosuprarenalei la suspecți de boală Addison, sindrom adrenogenital, sindrom Cushing, hipopituitarism; ca mijloc terapeutic în sindromul nefrotic, astmul bronșic, diferite boli alergice.
Ad. — Intramuscular 10—40 u.i. de 2—4 ori/zi; în perfuzie intravenoasă 5—20 u. în 8—24 ore.
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru cortizon; acțiunea diabetogenă și hipertensivă sînt mai marcate, dar epuizarea musculară și osteoporoza sînt mai puțin evidente; poate provoca acnee și pigmentație cutanată. Reacțiile alergice, rare, pot fi periculoase mai ales în cazul injectării intravenoase. După oprirea tratamentului prelungit pot apare fenomene de hipopituitarism.

A.C.T.H. retard (corticotrophin zinc)

P. — *Flacoane* conținînd ACTH *pulbere* liofilizată 50 u.i. împreună cu o fiolă de solvent I (cu clorură de zinc) și

Scanned with OKEN Scanner

o fiolă de solvent II (cu fosfat disodic) (cutie cu 1 flacon ACTH şi 2 fiole solvent).

Ac.— Zinc-ACTH-ul în suspensie se absoarbe lent avînd acţiune prelungită (este suficientă o singură doză/zi); are aceleaşi acţiuni ca ACTH-ul.

Ind.— Aceleaşi ca pentru ACTH; se preferă atunci cînd este necesar un tratament îndelungat.

Ad.— Intramuscular în primele zile 80—120 u.i./zi, apoi se scade progresiv pînă la 20—30 u.i./zi.

Ef. N. şi C.I — Aceleaşi ca pentru ACTH.

Adrenalină (epinephrin[I], suprarenin)

P.— *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd epinefrină hcl. 1 mg (cutie cu 100 buc.).

Ac.— Dozele terapeutice au acţiune bronhodilatatoare, produc vasoconstricţie locală şi micşorează permeabilitatea capilară cu consecinţe decongestive şi hemostatice, stimulează inima şi cresc uşor presiunea sistolică, cresc glicemia, măresc metabolismul bazal.

Ind.— Accesul de astm bronşic; urgenţe alergice — şoc anafilactic, angioedem laringian; stop cardiac (prin asistolie ventriculară); hemoragii capilare de suprafaţă (în aplicaţie locală); se asociază anesteziceior locale vasodilatatoare (procaină, lidocaină) pentru a le prelungi acţiunea şi a le diminua toxicitatea generală.

Ad.— Subcutanat 0,1—1 mg (0,1—1 ml); local, ca hemostatic soluţie 1/20 000—1/100 000, sau asociat anesteziceior locale în soluţie 1/100 000—1/200 000; intravenos, foarte lent, 10—100 mcg diluate în 10 ml soluţie clorurată izotonică (în sincopa cardiacă).

Ef.N. şi C.I.— Anxietate, nelinişte, palpitaţii, tahicardie, tremor, slăbiciune, ameţeli, cefalee, parestezii în extremităţi. La hipertensivi şi în ateroscleroza avansată poate fi cauză de accidente cerebrovasculare; la coro-

Scanned with OKEN Scanner

narieni agravează ischemia miocardică; în caz de hiperexcitabilitate miocardică (insuficiență cardiacă gravă, tratament intensiv cu digitalice, diuretice sau chinidină, anestezie generală cu cloroform, halotan, tricloretilenă, ciclopropan) adrenalina poate declanșa aritmii grave, chiar fibrilație ventriculară. Hipertiroidismul, asocierea cu antidepresive sau hipotensive inhibitoare de monoaminooxidază, cresc considerabil toxicitatea. Injecția intramusculară este dureroasă, iar cea intravenoasă este periculoasă.

Adrenostazin (carbazochrom[I])

P. — *Fiole* a 5 ml soluție apoasă conținînd carbazocromă 1,5 mg (cutie cu 5 buc.), *fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd carbazocromă 50 mg (cutie cu 3 buc.).
Ac. — Hemostatic prin creșterea rezistenței capilare.
Ind. — Profilaxia și tratamentul stărilor hemoragice prin fragilitate capilară: purpură idiopatică, hemoragii retiniene, telangiectazie familială, epistaxis, hemoptizii; pre- și postoperator în chirurgia otorinolaringologică și în intervențiile pe prostată.
Ad. — Intramuscular 1—3 fiole a 1,5 mg; intravenos în perfuzie 1 fiolă a 50 mg în 500 ml soluție glucozată sau clorurată izotonă.
Ef.N. — Injecția intramusculară este dureroasă.
C.I. — Nu se folosește (este ineficace) în hemoragiile masive prin ruptură de vase mari.

Agozol (prenylamin[I], segontin)

P. — *Capsule* conținînd prenilamină lactat 60 mg (cutie cu 25 buc.); *supozitoare* conținînd prenilamină lactat 50 mg (cutie cu 6 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Antianginos prin scăderea metabolismului miocardic (epuizează catecolaminele) și vasodilatație coronariană; îmbunătățește circulația cerebrală; sedativ slab.
Ind. — Ca tratament de fond în cardiopatii ischemice nedureroase, angină de piept, infarct miocardic (după perioada acută); tulburări de irigație cerebrală.
Ad. — Oral, o capsulă de 1—4 ori pe zi; rectal 2 supozitoare pe zi.
Ef.N. - Sedare, somnolență sau agitație, greață, vomă, diaree, congestia pielii, erupții cutanate, rar hipotensiune.
C.I. — Tulburări severe de conducere atrioventriculară și intraventriculară, insuficiență cardiacă, hipotensiune arterială marcată, boli hepatice; asocierea cu hipotensive impune prudență în dozare; se va evita tratamentul ambulator la șoferi și în alte profesiuni care presupun concentrarea intensă și prelungită a funcțiilor psihice.

Albumină umană

P. — *Flacoane* conținînd 100 ml soluție injectabilă 5% de albumină umană.
Ac. — Soluție aproximativ izoosmotică cu plasma, contribuie la refacerea volemiei și presiunii osmotice în circulația periferică.
Ind. — Ca substituent de plasmă, în stări de șoc și colaps.
Ad. — Intravenos, în perfuzie lentă, 40—200 ml de 2—3 ori la intervale de 4—6 ore (se folosesc numai soluțiile clare, încălzite la temperatura corpului).
C.I. — Orice afecțiune în care creșterea presiunii arteriale și a debitului cardiac sînt dăunătoare; prudență în tulburările circulatorii cronice severe, varicele esofagiene și diatezele hemoragice.

Scanned with OKEN Scanner

Alfachimotripsină

P. — *Flacoane* conținînd alfachimotripsină pulbere liofilizată 0,20 unități TEE.
Ac. — Enzimă proteolitică cu proprietăți antiinflamatorii sistemice și locale; curăță țesutul necrozat; favorizează lichefierea secrețiilor tractului respirator.
Ind. — Pe cale *generală:* pentru prevenirea și tratamentul fenomenelor inflamatorii, edemului, durerii, revărsatelor sanguine și limfatice în traumatisme, afecțiuni sau intervenții chirurgicale (flebite, tromboflebite, celulite, abcese, tonsilectomie, hemoroidectomie, intervenții plastice etc.), afecțiuni obstetricale și ginecologice (inflamații pelvine, congestia sînilor post *partum*), afecțiuni oculare (traumatisme, conjunctivite, inflamații ale canalului uveal, hemoragii vitroase și retiniene etc.), ulcere cronice (varicoase, diabetice); în boala ulceroasă (ca tratament adjuvant).
— *Peri-* sau *intraarticular:* periartrită scapulohumerală nedureroasă, fibrozite, artroze sau bride periarticulare, contractură Dupuytren.
— *In situ:* în chirurgia plastică sau operatorie, după unele intervenții sau în edeme vechi circumscrise.
— *Aerosoli:* în supurații pulmonare, atelectazie.
— *Instilații:* în obstrucția căilor lacrimale, catar tubar, otite adezive, traheite, traheobronșite, rinite.
— *Intragastric:* pentru diagnosticul citologic al cancerului gastric.
Ad. — Intramuscular, 1/2—1 flacon, zilnic sau la 2 zile; injecții peri- sau intraarticulare, aplicații locale. Soluția se prepară extemporaneu; contactul cu metalele trebuie evitat (se injectează cu seringă de sticlă).
Ef.N. — Uneori reacții alergice, chiar șoc anafilactic; poate favoriza diseminarea infecției (se asociază cu antibiotice). Produce uneori durere la locul injectării.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Alergie specifică (este necesară testarea sensibilității, mai ales la alergici sau la repetarea curei de tratament), infecții grave locale sau generale, septicemie; prudență în caz de tulburări de coagulare, la bolnavi sub tratament anticoagulant sau în boli hepatice grave.

Algocalmin (noramidopyriniummethansulfonat-natrium, dipyrone, novalgin)

P. — *Comprimate* conținînd noramidopirin metansulfonat de sodiu 500 mg (benzi celofan, flac. cu 100 buc.); *supozitoare* conținînd noramidopirin metansulfonat de sodiu 1 g sau 300 mg (cutie cu 3 sau 6 buc.); *fiole* a 2 ml soluție apoasă conținînd noramidopirin metansulfonat de sodiu 1 g (cutie cu 10 sau 100 buc.).
Ac. — Analgezic, antipiretic și antiinflamator, antispastic.
Ind. — Cefalee, nevralgii, lumbago; dureri reumatismale articulare și musculare; stări febrile; colici (biliare, ureterale etc.).
Ad. — *Adulți:* 1—2 comprimate, 1 supozitor a 1 g sau 1 fiolă (intramuscular), la nevoie (a nu se depăși 2,5 g în 24 ore); *copii:* 1/4—2 comprimate, 1—3 supozitoare a 300 mg/zi (după vîrstă).
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca și pentru aminofenazonă.

Alindor (irgapyrin, rheopirin)

P. — *Drajeuri* conținînd fenilbutazonă 125 mg și aminofenazonă 125 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Antiinflamator și antireumatic cu acțiune intensă; analgezic și antipiretic.
Ind. — Dureri reumatice și alte dureri de natură inflamatorie; irite și iridociclite; tromboflebite.
Ad. — 1—2 drajeuri de 2—3 ori/zi (după mese).

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Hipersecreţie gastrică cu iritaţia mucoasei, chiar ulcer gastroduodenal, retenţie hidrosalină moderată, reacţii cutanate alergice; foarte rar leucopenie, trombopenie, agranulocitoză, icter toxic sau colestatic, leziuni renale, dermatită exfoliativă.
C.I. — Boală ulceroasă, leucopenie, stări hemoragice, boli convulsive, insuficienţă cardiacă, insuficienţă renală şi insuficienţă hepatică grave, alergie la analgezice de tipul aminofenazonei; prudenţă la cardiaci, renali, hepatici şi bătrîni; prudenţă în asocierea cu anticoagulante cumarinice şi sulfamide antidiabetice (le creşte concentraţia sanguină activă, mărind riscul reacţiilor toxice).

Aminofenazona (aminophenazon[I], amidopyrin, pyramidon)

P. — *Comprimate* conţinînd aminofenazonă 300 mg sau 100 mg (cutie cu 100 buc.).
Ac — Analgezic, antipiretic, antiinflamator şi antireumatic; slab antispastic.
Ind. — Cefalee, dureri dentare, nevralgii, dureri reumatice; stări febrile; dismenoree.
Ad. — *Adulţi:* 1—2 comprimate a 300 mg la nevoie, 8—10 comprimate/zi în reumatismul poliarticular acut; *copii:* 50—100 mg/zi (după vîrstă).
Ef.N. — Rareori erupţii cutanate, edem angioneurotic, febră, frison; foarte rar leucopenie, anemie, trombocitopenie, chiar agranulocitoză (de natură alergică).
C.I. — Leucopenie, hipersensibilitate la aminofenazonă.

Aminofenazona L

P. — *Supozitoare* conţinînd aminofenazonă 100 mg şi fenobarbital 10 mg (cutie cu 6 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Analgezic, antiinflamator și antipiretic, slab antispastic prin aminofenazonă; acțiunea este potențată de fenobarbital, care este și sedativ.
Ind. — Febră, stare gripală, mialgii, cefalee, dureri reumatice și nevralgice (la copii).
Ad. — *Copii:* 1—3 supozitoare/zi.
Ef. N. — Erupții cutanate, leucopenie chiar agranulocitoză (foarte rar).
C.I. — Leucopenie, alergie la aminofenazonă sau la fenobarbital.

Ampicilină (ampicillin[I], binotal, penbritin)

P. — *Capsule* operculate conținînd ampicilină 250 mg (flac. cu 30 buc.); flacoane conținînd ampicilină *pulbere* 250 mg și 500 mg pentru prepararea de soluții injectabile.
Ac. — Penicilină semisintetică cu acțiune bactericidă, activă pe cale orală; spectrul antibacterian larg cuprinde, pe lîngă streptococi și alți germeni sensibili la benzilpenicilină (față de care acțiunea este ceva mai slabă), o serie de germeni Gram-negativi, mai ales *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Salmonellae*, *Shigellae;* este inactivă față de *Pseudomonas*, stafilococii secretori de penicilinază, multe tulpini de *Aerobacter.*
Ind. — Meningită cu *Haemophilus*, meningită purulentă de origine necunoscută (ca tratament inițial), endocardită enterococică, salmoneloze, dizenterie bacilară, infecții urinare cu germeni sensibili, pneumonii, bronșite cronice, tuse convulsivă, infecții biliare, infecții ginecologice (mai ales cu streptococi anaerobi).
Ad. — *Adulți:* oral 250 mg — 1 g (1—4 capsule) la 6 ore, intramuscular 250 mg la 4—6 ore, intravenos în injecții sau perfuzii cîte 250 mg (soluțiile injectabile se prepară extemporaneu); *copii:* oral 50—150 mg/kilocorp/zi, intramuscular, 25—100 mg/kilocorp/zi.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Reacţii alergice: prurit, erupţii cutanate, urticarie, edem angioneurotic, febră; diaree, greaţă, vomă, dureri abdominale, creşterea trecătoare a transaminazei serice glutamicoxalacetică, suprainfecţii intestinale cu *Klebsiella*, *Pseudomonas* şi *Candida*.
C.I. — Alergie la peniciline; prudenţă în insuficienţa renală (doze mici).

Anghirol (chophytol)

P. — *Soluţie* pentru uz intern conţinînd extract apos deproteinizat din frunzele de *Cynara scolimus* (anghinarie) (flac. cu 50 ml); *drajeuri* conţinînd extract de *Cynara* 250 mg (flac. cu 40 buc.).
Ac. — Coleretic, împiedică staza biliară, diluează bila, previne formarea calculilor şi ascensiunea infecţiei biliare; favorizează absorbţia grăsimilor şi substanţelor liposolubile; creşte eliminarea biliară a colesterolului; slab diuretic.
Ind. — Colecistită şi angiocolită cronică, litiază biliară, sechele de hepatită, icter colestatic medicamentos, migrenă, prurigo, urticarie (ca tratament adjuvant).
Ad. — 10—30 picături sau 2 drajeuri de 3 ori/zi.
C.I. — Hepatită acută, obstrucţie biliară, colică biliară, colecistită acută, nefrită acută, insuficienţă renală acută.

Antalcol (disulfiram[I], antabuz)

P. — *Comprimate* conţinînd disulfiram 500 mg (flac. cu 10 buc.).
Ac. — Opreşte metabolizarea alcoolului etilic la stadiul de acetaldehidă, care se acumulează; ca urmare, ingestia de băuturi alcoolice după antalcol provoacă fenomene neplăcute — terapie de aversiune.
Ind. — Tratamentul alcoolismului cronic.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — 1 comprimat/zi 2 săptămîni, apoi 1/2 comprimat/zi.

Ef.N. — Gust neplăcut, tulburări digestive, halenă fetidă, cefalee, somnolenţă, impotenţă, erupţii alergice; la doze mari polinevrite, fenomene psihotice. După ingestia de alcool sînt posibile reacţii grave: deprimare respiratorie, colaps, aritmii cardiace, comă, convulsii, moarte; asocierea cu metronidazol poate provoca tulburări psihice.

C.I. — Afecţiuni miocardice şi coronariene, psihoze, sarcină, dependenţă medicamentoasă; prudenţă în diabet, hipotiroidism, epilepsie, leziuni cerebrale, nefrită, hepatite. Se foloseşte numai sub controlul medical şi cu cooperarea bolnavului. Nu se administrează după ingestia recentă de alcool; nu se asociază cu anticoagulante cumarinice sau fenitoină (potenţare periculoasă prin inhibarea metabolizării), cu paraldehidă, cu metronidazol.

Antideprin (imipramin[I], imizin, melipramin, tofranil)

P. — *Drajeuri* conţinînd imipramină hcl. 25 mg (flac. cu 50 buc.); *fiole* a 2 ml soluţie apoasă conţinînd imipramină hcl. 25 mg (cutie cu 10 sau 100 buc.).

Ac. — Antidepresiv (efectul se instalează după 2—3 săptămîni): atenuează hipokinezia parkinsoniană; parasimpatolitic şi antihistaminic.

Ind. — Psihoze depresive, depresii nevrotice; parkinsonism.

Ad. — Intramuscular în doze crescînde, 4—8 fiole/zi (tratament de atac în formele grave); oral 2—6 drajeuri/zi (tratament de întreţinere).

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Uscăciunea gurii, constipaţie, tulburări de vedere, tahicardie; sedare şi somnolenţă sau agitaţie, tremor, tensiune psihică, stare hipomaniacală; reacţii extrapiramidale (la doze mari), erupţii cutanate, icter colestatic, agranulocitoză (foarte rar); împiedică efectul hipotensiv al guanetidinei.

C.I. — Afecţiuni hepatice şi renale severe, epilepsie, infarct de miocard recent, glaucom, alergie specifică; grijă şi doze mici la cardiaci, hipotensivi, hipertiroidieni, în adenomul de prostată, la bătrîni şi copii. Nu se asociază cu antidepresive inhibitoare de MAO; prudenţă în asocierea barbituricelor, atropinei şi altor parasimpatolitice, simpatomimeticelor, soluţiilor anestezice locale cu adrenalină; se vor evita băuturile alcoolice. Se administrează sub supraveghere medicală.

Antidoren

P. — *Fiole* a 2 ml soluţie apoasă conţinînd fenazonă 200 mg, aminofenazonă 200 mg, noraminofenazonă 100 mg, salicilat de sodiu 100 mg, cafeină natriubenzoică 50 mg (cutie cu 3 buc.).

Ac. — Asociaţie de analgezice, antiinflamatoare şi antipiretice cu acţiune aditivă, potenţată prin cafeină; slab antispastic.

Ind. — Dureri reumatice acute, dureri postoperatorii, cefalee, dismenoree.

Ad. — Intramuscular profund, 1 fiolă la nevoie, 1—3 fiole/zi.

Ef.N. — Erupţii cutanate de natură alergică; foarte rar leucopenie, chiar agranulocitoză.

C.I. — Alergie la analgezice de tipul aminofenazonei, leucopenie; alergie la salicilaţi.

Scanned with OKEN Scanner

Antimigrin

P. — *Comprimate* conţinînd aminofenazonă 286 mg, barbital 114 mg (cutie cu 20 buc., benzi de celofan).
Ac. — Analgezic, antiinflamator, antipiretic şi slab antispastic prin aminofenazonă; barbitalul potenţează acţiunile aminofenazonei şi are efect sedativ.
Ind. — Cefalee, dentalgii, nevralgii diverse, mialgii, dureri traumatice; stări febrile, gripă.
Ad. — 1—2 comprimate la nevoie, 3—5 comprimate/zi.
Ef.N. — Erupţii cutanate, edem angioneurotic, febră; foarte rar leucopenie, chiar agranulocitoză (datorită aminofenazonei); uneori senzaţie de oboseală şi somnolenţă (prin barbital).
C.I. — Alergie la aminofenazonă şi barbiturice, leucopenie.

Antinevralgic

P. — *Comprimate* conţinînd acid acetilsalicilic 250 mg, fenacetină 150 mg şi cafeină 50 mg (benzi de celofan).
Ac. — Analgezic antiinflamator şi antipiretic prin acidul acetilsalicilic şi fenacetină; cafeina potenţează acţiunea analgezică şi are efect stimulant psihomotor slab.
Ind. — Cefalee, nevralgii, mialgii, dureri postoperatorii; stări febrile, gripă.
Ad. — 1—2 comprimate la nevoie, 3—5 comprimate/zi.
Ef.N. — Uşoare fenomene de iritaţie a mucoasei gastrointestinale, erupţii alergice (prin acidul acetilsalicilic); administrarea prelungită de doze mari poate fi cauză de leziuni renale, leziuni hepatice şi methemoglobinemie (prin fenacetină).
C.I. — Alergie la salicilaţi şi fenacetină, intoleranţă gastrică; prudenţă la renali, hepatici, anemici şi în condiţii de hipoxie.

Scanned with OKEN Scanner

Antinevralgic S

P. — *Comprimate* conținînd salicilamidă 250 mg, fenacetină 150 mg și cafeină 50 mg (cutie cu 20 buc.).
Ac., Ind., Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru antinevralgic; este mai bine suportat gastric.

Apă distilată

P. — *Fiole* a 10 ml (cutie cu 100 buc.).
Ind. — Ca solvent sau diluant pentru prepararea soluțiilor injectabile.

Arginină — Sorbitol

P. — *Flacon* cu 250 ml soluție apoasă injectabilă conținînd arginină hcl. 12,5 g și sorbitol 25 g.
Ac. — Arginina intervine în detoxificarea amoniacului, favorizînd ureogeneza hepatică; sorbitolul acționează ca substrat energetic, înlesnind utilizarea argininei.
Ind. — Stări de hiperamoniemie, encefalopatie portală, precomă și comă hepatică.
Ad. — În perfuzie intravenoasă lentă (cel mult 200 ml/oră), 500—1 000 ml/zi.
C.I. — Prudență în insuficiența renală și la bolnavii cu acidoză hipercloremică.

Asclerol (ateroid)

P. — *Drajeuri* conținînd pulbere de heparinoid extras din țesuturile tubului digestiv, corespunzător la 1 mg acid hexuronic (cutie cu 40 buc.).
Ac. — Clarifică plasma lipemică, favorizînd desfacerea chilomicronilor.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Combaterea hiperlipidemiei de tip I.
Ad. — Inițial 3—6 drajeuri/zi, apoi întreținere cu 2—3 drajeuri/zi, înaintea meselor.

Aslavital

P. — *Drajeuri* conținînd procaină hcl. 100 mg, un factor activator și un factor antiaterogen (flac. cu 25 buc.); *fiole* a 5 ml soluție apoasă conținînd procaină hcl. 100 mg și un factor activator (cutie cu 6 sau 12 buc.).
Ac. — Trofic general, întîrzie procesele de îmbătrînire.
Ind. — Profilaxia și tratamentul bătrîneții, ateroscleroză, astenie fizică și psihică, distrofii neuromusculare, reumatism degenerativ, astm bronșic, boală ulceroasă (ca medicație adjuvantă).
Ad. — Injecții intramusculare 1 fiolă la 2 zile, oral 1—2 drajeuri/zi (după masă), în serii de tratament.
Ef.N. și C.I. — Reacții alergice sau idiosincrazice la procaină (este necesară investigarea prealabilă a sensibilității). Nu se administrează concomitent cu sulfamide, PAS (acționează antagonic) și anticolinesterazice — neostigmină, fizostigmină (împiedică inactivarea procainei).

Asmofug

P. — *Soluție* pentru uz intern conținînd teofilină 500 mg, cafeină 930 mg, iodură de potasiu 1,80 g, salicilat de sodiu 500 mg, apă de mentă la 100 g (flac. cu 125 ml).
Ac. — Bronhodilatator prin teofilină; stimulant respirator și cardiac prin cafeină și teofilină; expectorant prin iodura de potasiu.

Scanned with OKEN Scanner

Ind.— Astm bronşic şi bronşită astmatiformă, bronşită cronică, astm cardiac.
Ad.— *Adulţi:* 3—4 linguriţe/zi; *copii* (peste 4 ani): 1—3 linguriţe/zi.
Ef.N.— Nelinişte şi insomnie, palpitaţii, iritaţia mucoasei gastrice cu hipersecreţie, reacţii de intoleranţă la iod.
C.I.— Intoleranţă la iod, hipertiroidism, tuberculoză evolutivă, stări de excitaţie, ulcer gastroduodenal, aritmii ectopice cardiace, alergie la salicilaţi.

Asmofug cu efedrină

P.— *Soluţie* pentru uz intern conţinînd teofilină 500 mg, cafeină 930 mg, efedrină hcl. 580 mg, iodură de potasiu 1,80 g, salicilat de sodiu 500 mg, apă de mentă la 100 g (flac. cu 125 ml).
Ac.— Bronhodilatator prin teofilină, care acţionează direct pe musculatura netedă şi efedrină, care acţionează simpatomimetic; decongestiv al mucoasei bronşice prin efedrină; stimulant respirator şi cardiac prin cafeină, teofilină şi efedrină; expectorant prin iodura de potasiu.
Ind.— Astm bronşic, bronşite astmatiforme.
Ad.— *Adulţi:* 3—4 linguriţe/zi; *copii* (peste 7 ani): 1—3 linguriţe/zi.
Ef.N.— Nelinişte, insomnie, palpitaţii, hipersecreţie şi iritaţia mucoasei gastrice, creşterea presiunii arteriale, aritmii cardiace, reacţii de intoleranţă la iod.
C.I.— Insuficienţă cardiacă, aritmii ectopice, astm cardiac, hipertensiune arterială, cardiopatii ischemice, ateroscleroză avansată, stări de excitaţie nervoasă şi insomnie, ulcer gastroduodenal, hipertiroidism, tuberculoză evolutivă, intoleranţă la iod, alergie la salicilaţi.

Scanned with OKEN Scanner

Aspatofort

P. — *Fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd d,l-aspartat de sodiu 250 mg și piridoxină hcl. 125 mg (cutie cu 10 și 50 fiole).
Ac. — Trofic hepatic, detoxifiant prin fixarea amoniului.
Ind. — Hepatită cronică, hepatită acută, encefalopatie portală, precomă și comă hepatică; profilactic, cînd se folosesc anticanceroase hepatotoxice.
Ad. — În perfuzie intravenoasă, 2 fiole în 300 ml soluție glucozată izotonă, injectate într-o oră (se poate repeta de 2—4 ori/zi); în injecții intravenoase, lent. La nevoie doza poate fi crescută pînă la 12—16 fiole/zi.

Bentoderm

P. — *Unguent* conținînd metilceluloză și bentonită (tub cu 25 g).
Ac. și Ind. — Formează pe piele o peliculă protectoare față de white-spirt, fiind indicat la muncitorii din secțiile de lustruit mobilă.
Ad. — Se aplică înaintea lucrului, iar la sfîrșit se spală (apoi se aplică o cremă grasă cu vitamina A).

Bentogel

P. — *Unguent* conținînd apă distilată 51,16 g, glicerină 13,38 g, nipagin 0,10 g, acid boric 3,34 g, bentonită 16,81 g, săpun de toaletă 5 g, ulei de ricin 5 g, alcool etilic 1,67 g, hidroxid de potasiu 1 g, acid stearic 0,83 g, alcool cetilic 0,33 g, trietanolamină 0,0167 g, carbonat de potasiu 0,0167 g, tween 1 g, ulei de lavandă 0,33 g (borcan cu 100 sau 500 g).
Ac. și Ind. — Unguent protector al pielii față de negrul de fum și prafurile industriale.

Scanned with OKEN Scanner

Benzedrină (amphetamin[I])

P. — *Comprimate* conținînd amfetamină sulfat 3 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Stimulant psihomotor, micșorează senzația de oboseală, crește activitatea mintală, provoacă senzația de bine, scade apetitul; dozele mari cresc presiunea arterială și relaxează musculatura netedă gastrointestinală, vezicală și uterină prin acțiune simpatomimetică.
Ind. — Sedare excesivă sau somnolență provocate medicamentos, stări depresive ușoare (reactive, de menopauză), narcolepsie; sindrom hiperkinetic la copil, mic rău epileptic (ca adjuvant); cazuri selecționate de obezitate nevrotică; enurezis nocturn.
Ad. — Oral, 1—3 comprimate dimineața și la prînz.
Ef.N. — Neliniște, insomnie, cefalee, tremor, amețeală, sudorație, anorexie, uscăciunea gurii, greață, constipație, dificultate în micțiune; dozele mari pot provoca oboseală, depresie mintală, dezorientare, hipertensiune arterială, aritmii cardiace, dureri anginoase, impotență; pericol de dependență (mai ales psihică).
C.I. — Insomnie, hiperexcitabilitate, stări prepsihotice cu agitație, hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă, aritmii, cardiopatie ischemică, tireotoxicoză, sarcină; nu se recomandă sportivilor (pentru dopaj); nu se asociază cu antidepresive inhibitoare de MAO. Se folosește sub supraveghere medicală.

Bergofen — retard

P — *Comprimate* conținînd ergotamină 0,5 mg, alcaloizi totali din beladonă 0,25 mg, fenobarbital 40 mg (flac. cu 20 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac.— Reechilibrant vegetativ şi sedativ; preparatul, de tip retard, asigură o acţiune continuă şi uniformă timp de 8—10 ore.
Ind.— Aceleaşi ca pentru bergonal; este de ales cînd se urmăreşte o acţiune de lungă durată.
Ad.— 1 comprimat dimineaţa şi seara.
Ef.N. şi C.I.— Aceleaşi ca pentru bergonal.

Bergonal (bellergal)

P.— *Drajeuri* conţinînd alcaloizi totali din beladonă 0,25 mg, alcaloizi totali din secara cornută 0,3 mg, fenobarbital 30 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac.— Reechilibrant vegetativ şi sedativ; parasimpatolitic şi antiacetilcolinic central (prin alcaloizii din beladonă), inhibitor α-adrenergic şi deprimant simpatic central (prin alcaloizii din secara cornută), sedativ (prin fenobarbital).
Ind.— Sindrom psihovegetativ şi alte tulburări funcţionale neurovegetative; tulburări de menopauză, dismenoree, nevroză cardiacă, astenie nervoasă, sindrom postcomoţional, migrenă, sindrom Ménière, boală ulceroasă.
Ad.— 1—2 drajeuri de 3 ori/zi.
Ef.N.— Uscăciunea gurii, constipaţie, tulburări de vedere, fenomene vasculospastice, erupţii alergice.
C.I.— Glaucom, ileus paralitic, hipertrofie de prostată, boli vasculare periferice grave, cardiopatii ischemice, hipertensiune arterială, sarcină, alergie la barbiturice; prudenţă la bătrîni.

Bicarbonat de sodiu „C"

P.— *Comprimate* conţinînd bicarbonat de sodiu 0,5 g (flac. cu 50 buc.).
Ac.— Antiacid alcalinizant cu acţiune rapidă şi intensă.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Ulcer gastric sau duodenal în evoluție (în primele zile, cînd aciditatea gastrică trebuie mult redusă); stări de acidoză, intoxicație cu acizi; pentru alcalinizarea urinii.
Ad. — Oral 2—4 comprimate în apă, la 1—2 ore după mese și la nevoie (ca antiacid gastric).
Ef.N. — Dozele prea mari stimulează secundar secreția gastrică acidă și provoacă uneori distensie cu neplăcere epigastrică; tratamentul îndelungat poate fi cauză de alcaloză sistemică.
C.I. — Alcaloză sistemică; prudență în toate situațiile care impun restricție de sodiu.

Bioxiteracor

P. — *Spray* conținînd hidrocortizon și oxitetraciclină ncl. (flacon presurizat).
Ac. — Preparat pentru uz dermatologic, cu proprietăți antiinflamatorii, datorite hidrocortizonului și cu proprietăți antibacteriene, datorite oxitetraciclinei (antibiotic cu spectru larg).
Ind. — Eczemă alergică, neurodermită, prurit cu lichenificare, dermatită eczematoidă, eczemă alimentară, eczemă infantilă, dermatite de contact, prurit nespecific (anal, vulvar, scrotal), ulcere varicoase, arsuri, escare.
Ad. — Pulverizări locale, de 3—4 ori/zi sau mai des.
C.I. — Leziuni tuberculoase ale pielii, herpes, vaccină, varicelă; alergie la tetraciclină. În cazul aplicării pe pielea feței se vor proteja ochii.

Bipoliv

P. — *Fiole* a 5 ml suspensie apoasă (cu adaos de polivinilpirolidonă), conținînd carbonat bazic de bismut 5 mg (cutie cu 10 și 100 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac., Ind. — Se apreciază că preparatul, care conţine o cantitate mică de bismut, influenţează favorabil procesul imunologic dereglat în poliartrita reumatoidă; de asemenea poate ameliora tulburările circulatorii din boala Raynaud şi arterita obliterantă.
Ad. — Intramuscular o fiolă zilnic sau la 2 zile în serii de 20 fiole (se pot repeta de 4 ori pe an).

Bismosal (bismogenal)

P. — *Fiole* a 2 ml suspensie uleioasă de bismut salicilic bazic, corespunzător la 100 mg bismut (cutii cu 10 sau 100 buc.).
Ac. — Antiluetic minor.
Ind. — În sifilis, ca medicaţie adjuvantă a penicilinei şi pentru profilaxia reacţiilor Jarisch-Herxheimer; angină Vincent.
Ad. — Injecţii intramusculare profunde, 1 fiolă de 2 ori/săptămînă, în serii.
Ef.N. — Respiraţie urît mirositoare, stomatită, lizereu gingival, albuminurie.
C.I. — Boli renale severe, stomatite.

Boicil forte

P. — *Fiole* a 2 ml soluţie conţinînd extract total din *Helleborus species* (cutie cu 3 sau 5 buc.).
Ac. — Medicamentul poate avea, introdus local, acţiune antalgică imediată, uneori durabilă, care poate fi urmată de relaxare musculară.
Ind. — Algii diverse, episoade dureroase ale artropatiilor de tip degenerativ (artroze, spondiloze), cazuri selecţionate de poliartrită evolutivă şi spondilartrită anchilopoietică.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — Infiltrații în punctele dureroase, strat cu strat (de la tegumente spre periost), cîte 0,1—0,2 ml; într-o ședință pot fi infiltrate 15—20 puncte dureroase cu conținutul a 3—5 fiole; eventual se repetă după 4—5 zile în locurile rămase dureroase.
Ef.N. — Uneori ușoară iritație locală, rareori fenomene sistemice trecătoare (senzație de căldură, frisoane, lipotimie — mai ales la emotivi și hipertensivi).
C.I. — Stări febrile, afecțiuni hepatorenale și cardiovasculare decompensate, accidente cerebrovasculare recente, sarcină.

Boldocolin

P. — *Soluție* apoasă pentru uz intern conținînd acid salicilic 4,18 g, carbonat de magneziu 1,5 g, extract pentru boldocolin 17,27 g, ulei de mentă 0,045 g/100 ml (flac. cu 200 ml).
Ac. — Coleretic și carminativ.
Ind. — Colecistită și angiocolită cronică, litiază biliară.
Ad. — 1—3 linguriță/zi.
C.I. — Colică biliară, obstrucție biliară, hepatită acută colecistită acută; diaree.

Boramid

P. — *Soluție* pentru uz extern conținînd aminofenazonă 500 mg, tetracaină 200 mg, acid boric 200 mg, glicerol 9,1 g (flac. cu 10 ml).
Ac. — Antiinflamator prin aminofenazonă, anestezic local prin tetracaină, slab antiseptic prin acidul boric.
Ind. — Otită medie congestivă.

Scanned with OKEN Scanner

Ad.— *Adulți:* 8—10 picături de 2—3 ori/zi; *copii:* 2—3 picături de 2—3 ori/zi, instilate în conductul auditiv.
C.I.— Alergie sau intoleranță la una dintre componente; nu se folosește în otita medie supurată.

Bromhidrat de scopolamină

P.— *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd scopolamină bromhidrică 0,25 mg (cutie cu 100 buc.).
Ac.— Sedativ și deprimant motor central; parasimpatolitic.
Ind.— Stări de excitație în *delirium tremens*, mania acută, sindromul de abstinență la morfinomani; parkinsonism; rău de mișcare, sughiț persistent, sindrom Ménière; hiperexcitație sexuală; pregătirea anesteziei generale.
Ad.— Subcutanat sau oral 1/2—2 fiole.
Ef.N.— Uscăciunea gurii, tulburări de vedere, somnolență; uneori excitație centrală, chiar delir (mai ales cînd se folosește în afecțiuni dureroase, fără a asocia un analgezic); supradozarea se manifestă prin comă (uneori precedată de delir), hipertermie cu piele roșie și uscată, uscăciunea gurii, midriază intensă.
C.I.— Stări de deprimare centrală, glaucom, hipertrofie de prostată, ileus paralitic, sarcină, alăptare; prudență la cardiaci și bătrîni.

Bromocet (cetrimoniumbromid[I], cetrimide)

P.— *Soluție* hidroalcoolică pentru uz extern, conținînd cetrimoniu bromură 10% sau 20% (flac. cu 100 sau 1 000 ml).
Ac.— Detergent cationic cu acțiune dezinfectantă, interesînd germenii microbieni (sporii sînt rezistenți),

Scanned with OKEN Scanner

mai ales stafilococii, ca şi unele virusuri şi ciuperci; acţiunea este antagonizată de săpun şi alţi detergenţi anionici.
Ind. — Dezinfectant pentru piele, instrumente chirurgicale etc.
Ad. — Extern, în soluţie 0,1—1%; pentru instrumente soluţia 10%.
Ef.N. — Uscăciune excesivă a pielii, eczemă; soluţiile concentrate sînt iritante (atenţie la ochi).

Bromosedin

P. — *Granule* conţinînd bromură de sodiu 18,25 g, bromură de potasiu 2,64 g, bromură de amoniu 5,30 g, excipient efervescent la 100 g (flac. cu 35 g).
Ac. — Sedativ, anticonvulsivant cu efect lent şi durabil.
Ind. — Stări de agitaţie psihomotorie, nevroze, mare rău epileptic.
Ad. — 1 linguriţă granule în apă, de 2—3 ori/zi.
Ef.N. — Deprimă performanţele psihomotorii; folosirea prelungită poate provoca fenomene de intoxicaţie cronică (bromism): tulburări mintale şi neurologice, erupţie acneiformă, catar oculonazal, tulburări digestive.
C.I. — Intoleranţă la bromuri, insuficienţă renală, arteriscleroză avansată, stări de denutriţie şi deshidratare, acnee, dermatită herpetiformă; atenţie în stările de dezechilibru hidroelectrolitic, la edematoşi, la cardiaci (aport mare de sodiu).

Bromoval (bromizoval[I], bromural, bromvaletone)

P. — *Comprimate* conţinînd bromizoval 300 mg (tub cu 20 buc.).
Ac. — Sedativ, hipnotic cu acţiune blîndă, rapidă şi de durată relativ scurtă (3—4 ore).

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Tulburări nevrotice, stări de excitaţie, tulburări funcţionale neurovegetative, insomnii.
Ad. — 1 comprimat de 3 ori/zi ca sedativ, 2 comprimate la culcare ca hipnotic.
Ef.N — Folosirea îndelungată poate provoca fenomene asemănătoare celor de bromism (vezi bromosedin), uneori dependenţă.
C.I. — Intoleranţă la bromuri.

Bromura de calciu

P. — *Fiole* a 10 ml soluţie apoasă conţinînd bromură de calciu 1 g (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Sedativ şi anticonvulsivant; antipruriginos.
Ind. — Stări de agitaţie psihomotorie, nevroze; epilepsie (mare rău); prurit cutanat.
Ad. — Intravenos lent, 1 fiolă de 1—2 ori/zi.
Ef.N. — Injectarea intravenoasă rapidă provoacă senzaţie de căldură şi stare de rău, chiar lipotimie; folosirea îndelungată poate fi cauză de bromism (vezi bromosedin); ionul de calciu creşte excitabilitatea miocardică şi poate favoriza apariţia de aritmii.
C.I. — Intoleranţă la bromuri, insuficienţă renală, arteriosclerozăavansată, acnee, dermatită herpetiformă, stări de denutriţie, dezechilibru electrolitic marcat; nu se injectează în cursul tratamentului tonicardiac, la bolnavi cu miocardită şi în alte cazuri de hiperexcitabilitate miocardică.

Bronhodilatin (isoprenalin[I], aleudrin)

P. — *Comprimate* conţinînd izoprenalină 10 mg (flac. cu 20 buc.); *soluţie pentru aerosoli* conţinînd izoprenalină 0,5% (flac. cu 6 ml).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Bronhodilatator și stimulant miocardic prin acțiune β-adrenomimetică; efectul este intens, apare repede și durează aproximativ 3 ore.
Ind. — Astm bronșic, bronșită astmatiformă; profilaxia sincopei cardiace în hiperreflexia sinocarotidiană, tulburări de conducere miocardică, sindrom Stokes-Adams.
Ad. — Sublingual 1—2 comprimate de 2—4 ori/zi; inhalare de aerosoli 0,5 ml soluție (în accesul de astm).
Ef.N. — Tahicardie, palpitații, dureri precordiale, hipotensiune cu amețeli, cefalee, slăbiciune, chiar lipotimie, tremor, rareori greață și vomă; efectele nedorite sînt mai rare pentru aerosoli.
C.I. — Cardiopatii ischemice, stări de hiperexcitabilitate miocardică, astm cardiac; prudență la hipertiroidieni și diabetici; nu se administrează concomitent cu adrenalina.

Buclosamid (buclosamid[I], jadit)

P. — *Unguent* conținînd buclosamidă 10 g și acid salicilic 2 g/100 g (tub cu 18 g); *soluție* conținînd buclosamidă 10 g și acid salicilic 1 g/100 ml (flac. cu 30 ml); *pudră* conținînd buclosamidă 10 g și acid salicilic 1 g/100 g (cutie cu 40 g); *spray* conținînd buclosamidă 10% și acid salicilic 1% (flac. a 120 ml).
Ac. — Antimicotic activ față de dermatofiți din genul *Tricophyton*, *Microsporum* și *Epidermophyton*, ca și față de unele tulpini de *Candida*; datorită proprietății keratolitice a acidului salicilic, buclosamida poate acționa în profunzimea straturilor pielii.
Ind. — Epidermofiție inghinală, a picioarelor și a mîinilor (micoze interdigitale), tricofiții superficiale, *pitiriazis versicolor*, eritrasma, micoze cu *Candida*.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — Local de 2 ori/zi (se continuă 1—2 luni după dispariția leziunilor), în forma farmaceutică potrivită.
Ef.N. — Fotosensibilizare locală.
C.I. — Leziuni inflamatorii acute ale pielii; regiunile tratate nu se vor expune excesiv la soare și lumină.

Buclosamid P (Jadit H)

P. — *Unguent* conținînd buclosamidă 10 g, acid salicilic 2 g și prednisolon 0,25 g/100 g (tub cu 6 g); *soluție* conținînd buclosamidă 10 g, acid salicilic 1 g și prednisolon 0,25 g/100 ml (flac. cu 10 ml); *spray* conținînd buclosamidă 7 g, acid salicilic 0,7 g și prednisolon 0,17 g/100 ml (flac. cu 75 ml).
Ac. — Prin buclosamidă, antimicotic activ față de dermatofiți din genurile *Tricophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton* și unele tulpini de *Candida;* prin acidul salicilic, keratolitic; prin prednisolon, antiinflamator și antipruriginos.
Ind. — Micoze ale pielii și fanerelor, cu inflamație acută, prurit intens sau reacții eczematoase.
Ad. — Local de 2 ori/zi; după dispariția fenomenelor inflamatorii acute se continuă cu buclosamid.
Ef.N. — Fotosensibilizare locală.
C.I. — Afecțiuni tuberculoase ale pielii, dermatoze sifilitice, herpes, varicelă, vaccină; se va evita expunerea excesivă a pielii tratate la soare sau ultraviolete.

Bureți de fibrină

P. — Fibrină umană liofilizată, sub formă de burete (flacoane).
Ac. — Favorizează coagularea sîngelui.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Hemoragii capilare de suprafață în cursul unor intervenții chirurgicale (histerectomie, lobectomie etc.), după extracții dentare, în epistaxis.
Ad. — În aplicațiile locale, îmbibat cu o soluție de trombină.

Burovin

P. — *Comprimate* nr. 1 conținînd acetat de calciu 2,2 g, *comprimate* nr. 2 conținînd sulfat de aluminiu amoniacal 3 g și acid tartric 0,02 g (cutie cu 100 grupuri de comprimate nr. 1 și 2).
Ac. — Astringent și slab antiseptic prin acetotartratul de aluminiu în soluție.
Ind. — Dermatoze neexsudative, epidermodermită veziculară, arsuri de gradul I.
Ad. — Cîte un comprimat 1 și 2 sfărîmate, se dizolvă separat în cîte 250 ml apă, se amestecă cele 2 soluții și se decantează; supernatantul se aplică pe piele sub formă de comprese.
C.I. — Leziuni zemuinde, eroziuni ale pielii.

Calciu efervescent 200

P. — *Comprimate* efervescente conținînd gluconolactat de calciu 1,80 g, corespunzător la 200 mg calciu (cutie cu 10 buc.).
Ac. și Ind. — Aceleași ca pentru calciu granulat; asigură aportul unei cantități mari de calciu într-o formă cu gust plăcut, bine suportată.
Ad. — Oral, 1—2 comprimate în apă, de 3 ori/zi.
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru calciu granulat.

Scanned with OKEN Scanner

Calciu granulat

P. — *Granule* conținînd calciu gluconic 50 g, excipient zaharat la 100 g (cutie cu 100 g).
Ac. — Recalcifiant.
Ind. — Deficit de calciu în perioada de creștere, în timpul sarcinii și alăptării, în cursul tratamentului cortizonic prelungit, în steatoree, după gastrectomie, în insuficiența paratiroidiană, în osteoporoză și alte osteopatii cu decalcifiere; în asociație cu vitamina D în osteomalacie și rahitism.
Ad. — *Adulți:* 3—6 linguriță/zi; *copii:* 1—3 linguriță/zi.
C.I. — Hipercalcemie, insuficiență renală, litiază renală, ateroscleroză avansată, tendință la tromboză.

Calmogastrin

P. — *Comprimate* conținînd hidroxid de aluminiu coloidal 750 mg și extract de beladonă 5 mg (cutie cu 20 buc.).
Ac. — Antiacid gastric neutralizant și antipeptic, protector al mucoasei gastrointestinale, constipant prin hidroxidul de aluminiu; antisecretor și antispastic prin beladonă.
Ind. — Hiperaciditate gastrică, boală ulceroasă; diaree cronică.
Ad. — 1—2 comprimate la 1—2 ore după mesele principale și la nevoie (pirozis, epigastralgii).
Ef.N. și C.I. — Glaucom, constipație.

Calmotusin (clofedanolhydrochlorid[I], detigon)

P. — *Soluție* gliceroalcoolică aromatizată pentru uz intern, conținînd clofedanol hcl. 5 g/100 ml (flac. cu 10 ml).
Ac. — Antitusiv cu acțiune centrală, avînd efect lent și prelungit; slab anestezic local.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Tuse uscată iritativă, tuse obositoare și persistentă, tuse la bolnavi cu hemoptizie, în insuficiența cardiacă și în alte situații care contraindică efortul de tuse.
Ad. — *Adulți:* 10—30 picături de 3—4 ori/zi; *copii:* 5—15 picături de 3—4 ori/zi.
Ef.N. — Uneori ameteli, somnolență, greață, mai rar vomă.
C.I. — Nu se folosește la copii sub 1 an și ambulator, în profesii care impun concentrarea intensă și prelungită a funcțiilor psihice; prudență în asocierea cu alte substanțe cu acțiune centrală.

Carbicol (felicur, fenilpropanol, propylbenzen)

P. — *Capsule* conținînd propilbenzen 100 mg (cutie cu 20 buc.).
Ac. — Coleretic și colecistokinetic.
Ind. — Hipokinezie veziculară, colecistită și angiocolită cronică, icter colestatic medicamentos.
Ad. — 1—3 capsule/zi.
C.I. — Colică biliară, hiperkinezie veziculară, obstrucție biliară, colecistită acută, hepatită acută.

Carbocif

P. — *Comprimate* conținînd: sulf sublimat 50 mg, bilă de bou 20 mg, fenolftaleină 30 mg, cărbune medicinal 196 mg, extract uscat de *frangula* 50 mg, atropină sulfat 0,2 mg, ulei de anis 1,8 mg, ulei de mentă 1,8 mg (cutie cu 50 buc.).
Ac. — Laxativ prin sulf, fenolftaleină, extract de *frangula*, care acționează stimulînd chimic iritativ peristaltismul intestinal; antispastic prin atropină; adsorbant

Scanned with OKEN Scanner

prin cărbune; carminativ prin uleiurile de mentă și anis.
Ind. — Constipație funcțională.
Ad. — 1—2 comprimate înainte de culcare.
Ef.N — Uscăciunea gurii prin atropină; erupții alergice prin fenolftaleină.
C.I. — Apendicită, leziuni ulcerative ale mucoasei intestinale, ileus mecanic, abdomen acut, dureri abdominale de cauză neprecizată, obstrucție biliară, glaucom, alergie la fenolftaleină; se va evita în perioada de alăptare.

Carbo medicinalis

P. — *Comprimate* conținînd cărbune medicinal 500 mg (cutie cu 100 buc.).
Ac. — Adsoarbe secreții și substanțe nocive din tubul digestiv, produși de fermentație și putrefacție, bacterii și toxine bacteriene, substanțe toxice.
Ind. — Dispepsii de fermentație și putrefacție, flatulență; intoxicații cu alcaloizi și alte toxice.
Ad. — 2—8 comprimate de 3—4 ori/zi.

Carmol

P. — *Soluție* hidroalcoolică pentru uz extern conținînd aldehidă cinamică 125 mg, mentol 500 mg, ulei de pin 20 mg/100 ml (flac. cu 100 ml).
Ac. — Aplicat pe piele are acțiune iritantă cu consecințe revulsive, favorizează pierderea de căldură, calmează pruritul.
Ind. — Gripă, febră mare, mialgii, convalescență; prurit cutanat.
Ad. — În fricții.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Aplicarea pe regiuni sensibile ale pielii sau pe pielea lezată produce iritație intensă; mentolul poate fi rareori cauză de reacții alergice.
C.I. — Leziuni inflamatorii ale pielii; nu se folosește la copii sub 3 ani.

Castrosid

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd K-strofantozidă 0,25 mg (cutie cu 10 sau 100 buc.).
Ac. — Tonicardiac cu acțiune rapidă (se instalează în 3—10 minute, este maximă la 90 minute de la injecția intravenoasă) și de durată scurtă (se menține circa 24 de ore după o singură doză și 2—3 zile după oprirea tratamentului, în condițiile digitalizării complete); proporția de inactivare este de 40% pe zi.
Ind. — Edem pulmonar acut, insuficiență cardiacă congestivă severă (ca medicație de urgență), situații cînd digitalizarea orală nu este posibilă (comă, intervenții chirurgicale, vărsături).
Ad. — Intravenos 0,25—0,50 mg (1—2 fiole), diluate în 10 ml apă distilată și injectate în cîteva minute în caz de edem pulmonar acut: 0,125—0,25 mg de 1—2 ori/zi pentru digitalizare în insuficiență cardiacă acută; pragul mediu de compensare este de 0,6 mg (cantitate de glicozidă în organism).
Ef.N. — Hiperexcitabilitate miocardică, aritmii ectopice, chiar fibrilație ventriculară (favorizată de hipokaliemia prin abuz de diuretice); greață și vomă relativ rar.
C.I. — Tahicardie ventriculară; prudență în caz de leziuni miocardice acute, cardită reumatismală, infarct de miocard. Nu se folosește imediat după cura digitalică, sau se folosește cu multă prudență; nu se asociază cu săruri de calciu injectabile sau cu amine simpatomimetice (cresc excitabilitatea miocardică).

Scanned with OKEN Scanner

Cavit 9

P. — *Tablete* cu cacao conținînd vitamină A 2 000 u.i., tiamină 1 mg, riboflavină 1,5 mg, piridoxină 1 mg, vitamină PP 3 mg, pantotenat de calciu 5 mg, acid ascorbic 35 mg, vitamina D_2 250 u.i, vitamina E 0,5 mg, gluconat de calciu 260 mg (cutie cu 20 buc.).
Ac. — Asociație polivitaminică echilibrată cu acțiuni metabolice complexe; aport de calciu.
Ind. — Hipovitaminoze în perioada de creștere, la bătrîni, în sarcină, alăptare, boli infecțioase, convalescență, postoperator, după antibioterapie prelungită, după iradiere; dezechilibru alimentar, malnutriție; rahitism, dentiție întîrziată, fracturi.
Ad. — *Adulți:* 2—4 tablete/zi; *copii* (peste 1 an): 1—2 tablete/zi.

Cedecalcin

P. — *Drajeuri* conținînd calciu gluconic 100 mg, calciu glicerofosforic 150 mg, ergocalciferol 0,1 mg (4 000 u.i) și acid ascorbic 100 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Aport de calciu, vitamină C și vitamină D.
Ind. — Pentru completarea necesității de calciu la copii și la mame, în timpul sarcinii și alăptării; fracturi, osteoporoză, carii dentare, paradentoză; pentru profilaxia rahitismului, tulburărilor de dezvoltare a oaselor și dinților (la copii).
Ad. — *Adulți:* 2—6 drajeuri/zi; *copii:* 1—4 drajeuri/zi.

Cefalofen

P. — *Fiole* a 2 ml soluție apoasă, conținînd procaină hcl. 54 mg și cafeină natriubenzoică 84 mg (cutie cu 5 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Anestezic local, endoanestezic, echilibrant al vasomotricității.

Ind. — Dureri reumatice diverse, cefalee, migrenă, dureri prin spasme viscerale, dureri traumatice; afecțiuni vasculospastice; prurit.

Ad. — Injecții subcutanate sau intramusculare, eventual local (intracutanat, periarticular, periarterial, perinervos etc.) 1 fiolă la nevoie (se poate repeta după 20 de minute).

Ef.N. — Procaina poate provoca reacții alergice: crize de astm, erupții cutanate; rareori reacții de intoleranță grave — excitație centrală, chiar convulsii, deprimare centrală mergînd pînă la pierderea cunoștinței, colaps, sincopă cardiacă sau respiratorie; cafeina provoacă uneori insomnie.

C.I. — Alergie sau intoleranță la procaină.

Chinină (chininum, quinine)

P. — *Drajeuri* conținînd chinină sulfurică 250 mg sau 500 mg (flac. cu 100 buc.).

Ac. — Antimalaric cu acțiune schizontocidă hematică față de *Plasmodium vivax, falciparum* și *malariae;* slab antitermic, ocitocic, antiaritmic și deprimant miocardic.

Ind. — Malarie, mai ales febră terță benignă (suprimă accesele, dar nu vindecă); gripă, pneumonie etc.

Ad. — *Adulți:* 1 g/zi 2 zile, apoi 0,6 g/zi timp de 5 zile; *copii:* 100 mg/an de vîrstă (maximum 1 g/zi).

Ef.N. — Tratamentul prelungit cu doze mari sau dozele mici la idiosincrazici provoacă fenomene de cinchonism: *tinitus*, cefalee, greață, dureri abdominale, tulburări de vedere; uneori reacții alergice: erupții cutanate, edem angioneurotic; rareori anemie hemolitică și trombocitopenie; febra bilioasă hemoglobinurică este un accident rar, care survine uneori în malaria cronică. Dozele mari pot fi cauză de avort.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Intoleranţă sau alergie la chinină, nevrită optică, malarie cronică cu hemoglobinurie, sarcină; prudenţă în fibrilaţia atrială, insuficienţa cardiacă, la bolnavii cu miastenie gravă.

Cianură de mercur

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd cianură de mercur 20 mg (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Antiluetic minor.
Ind. — În unele forme de sifilis terţiar, pentru profilaxia reacţiilor Jarisch-Herxheimer la tratamentul penicilinic şi pentru consolidarea rezultatelor penicilinoterapiei.
Ad. — Intravenos, 1 fiolă zilnic sau la 2 zile (se începe cu 1/4 de fiolă şi se creşte progresiv); tratamentul se face în serii.
Ef.N. — Supradozarea provoacă tremor, tulburări afective, oboseală, insomnie, stomatită, colită, lezarea progresivă a rinichiului, rareori leziuni hepatice.
C.I. — Prudenţă la renali şi hepatici.

Ciclamat de sodiu (cyclamate sodium[I], sucaryl)

P. — *Comprimate* conţinînd ciclamat de sodiu 100 mg (flac. cu 100 buc.).
Ac.. Ind.. Ad. — Edulcorant de sinteză, fără valoare nutritivă, se foloseşte ca înlocuitor de zahăr la diabetici şi obezi. Un comprimat este echivalent cu puterea de îndulcire a unei bucăţi de zahăr; a nu se depăşi 50 mg/kg şi zi (30—35 comprimate).
Ef.N. — Dozele mari (5 g/zi) pot provoca diaree; rareori fotosensibilizare.

Scanned with OKEN Scanner

Ciclobarbital (cyclobarbital[I], phanodorm)

P. — *Comprimate* conținînd ciclobarbital 200 mg (plic cu 10 buc.).
Ac. — Sedativ și hipnotic cu acțiune de scurtă durată (2—3 ore).
Ind. — Insomnii de diverse cauze (pentru inducerea somnului); sedare pre- și postoperatorie.
Ad. — *Adulți:* 1 comprimat la culcare; *copii* (peste 5 ani): 1/4—3/4 comprimat (după vîrstă).
Ef.N. — Oboseală, diminuarea performanțelor, rareori agitație și stare confuzivă (mai ales la bătrîni); erupții cutanate alergice; toleranță și dependență (dozele mari folosite îndelungat, mai ales la nevrotici), tulburări de somn, tulburări psihice (după oprirea unui tratament îndelungat); supradozarea acută se manifestă prin comă.
C.I. — Stări de deprimare centrală, alergie sau intoleranță la barbiturice, porfirie, insuficiență hepatică gravă, insuficiență renală gravă; se va evita ca tratament ambulator, în timpul zilei, la persoane cu profesii ce impun concentrarea intensă și prelungită a funcțiilor psihice.

Cicloral (glycylamid[I], diaboral)

P. — *Comprimate* conținînd glicilamidă 250 mg (cutie cu 30 buc.).
Ac. — Sulfamidă antidiabetică și hipoglicemiantă; acționează predominant prin stimularea secreției pancreatice de insulină; se elimină repede renal.
Ind. — Diabet pancreatic moderat, stabil, la adultul de greutate normală.
Ad. — Inițial 8 comprimate/zi, apoi tratament de întreținere cu 2—4 comprimate/zi (fracționat în 2—3 prize, la mese), sub controlul glicemiei și glicozuriei.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Crize hipoglicemice (rareori, mai ales la debilitaţi sau cu regim dietetic prea strict); erupţii cutanate, tulburări digestive, slăbiciune, parestezii, cefalee, foarte rar icter colestatic, discrazii sanguine (agranulocitoză, leucopenie, trombopenie, eozinofilie); posibilitatea efectelor teratogene. Asocierea cu sulfamide retard, etionamidă, clofibrat sau fenilbutazonă poate provoca reacţii hipoglicemice; diureticele tiazidice şi cortizonii scad eficacitatea; efectul alcoolului poate fi potenţat.
C.I. — Diabet la copii şi tineri, diabet grav, tendinţă la cetoacidoză, precomă şi comă diabetică, suprasolicitarea metabolică a diabeticilor prin infecţii intercurente, intervenţii chirurgicale sau alte agresiuni (se indică insulină); insuficienţă renală (mai ales prin leziuni glomerulare), insuficienţă hepatică gravă, insuficienţă tiroidiană severă, sarcină, alergie specifică.

Cifoform (clioquinol[I], vioform)

P. — *Comprimate* conţinînd cliochinol 250 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Antiseptic, interesează mai ales cocii, bacilul dizenteric, diferite protozoare (amebe, *lamblia*, *trichomonas*) şi levuri; nu dezechilibrează simbioza intestinală.
Ind. — Disbacterii intestinale, enterocolite, diaree estivală, dizenterie bacilară, dizenterie amebiană (forme uşoare sau asimptomatice şi pentru eradicarea paraziţilor din intestin).
Ad. — *Adulţi:* 1—2 comprimate de 2—3 ori/zi, după mese; *copii* (peste 3 ani): 1/2—1 comprimat de 2 ori/zi. În cazurile acute tratamentul se administrează cel mult o săptămînă, în cele cronice cel mult o lună.
Ef.N. — Rareori febră, furunculoză, erupţii cutanate, tumefierea glandelor salivare (prin hipersensibilitatea la iod), greaţă, vomă, diaree (prin iritarea mucoasei di-

Scanned with OKEN Scanner

gestive), cefalee, stare de rău; foarte rar nevrită periferică, nevrită optică, mielopatie (în caz de tratament îndelungat). Iodul proteic crește în sînge pentru timp îndelungat (pînă la 3 ani), interferînd cu testele funcționale tiroidiene.
C.I. — Intoleranță la iod, hipertiroidism, boli renale și hepatice, diaree severă prelungită.

Ciocolax (fenolax, novopuren)

P. — *Tablete* conținînd fenolftaleină 480 mg înglobată în ciocolată (plicuri cu 1 buc.).
Ac. — Laxativ și purgativ prin iritarea colonului; efectul apare după 6—8 ore și este prelungit.
Ind. — Constipație funcțională.
Ad. — *Adulți:* 1/2—1 tabletă seara la culcare; *copii* (peste 3 ani): 1/4—1/2 tabletă.
Ef.N. — Uneori colici intestinale, rareori erupții cutanate sau urticarie, albuminurie, hemoglobinurie; poate colora urina alcalină în roșu.
C.I. — Apendicită, leziuni ulcerative ale mucoasei colonului, ileus mecanic, abdomen acut, nefrite acute, alergie la fenolftaleină.

Citosulfan (busulfan[I], myleran)

P. — *Comprimate* conținînd busulfan 2 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. — Antileucemic prin mecanism alchilant.
Ind. — Leucemia mieloidă cronică.
Ad. — La început 4—6 mg/zi, apoi în funcție de răspunsul hematologic și de reacțiile toxice; doza de întreținere obișnuită este de 1—3 mg zilnic.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Deprimarea măduvei hematopoietice cu trombocitopenie (accidente hemoragice), chiar pancitopenie; hiperuricemie, greață, vomă, diaree, cheiloză, glosită, impotență, sterilitate, amenoree, ginecomastie, hiperpigmentare însoțită uneori de insuficiență suprarenală, foarte rar fibroză pulmonară.
C.I. — Leucopenie, trombocitopenie, sarcină (mai ales în primul trimestru) și perioada de alăptare; nu se folosește la bolnavii tratați de curînd cu alte anticanceroase sau imediat după iradiere.

Clavusin

P. — *Soluție* pentru uz extern conținînd acid salicilic 19,3 g, acetonă 50,2 g, acid lactic 19,3 g, ago II 8,4 g, alcool pînă la 100 g (flac. cu 10 ml).
Ac. — Keratolitic foarte activ.
Ind. — Clavus (bătături).
Ad. — Pensulare locală.
Ef.N. — Abuzul poate provoca arsuri locale.

Clofibrat (clofibrat[I])

P. — *Capsule* conținînd p-clorfenoxiizobutirat de etil 250 mg (cutie cu 60 buc.).
Ac. — Poate corecta hiperlipidemia, scăzînd cantitatea de prebeta — și beta-lipoproteine, respectiv de trigliceride și colesterol; ameliorează prognosticul bolnavilor cu angină pectorală.
Ind. — Stări hiperlipidemice și complicațiile lor aterosclerotice vasculare (boală coronariană, arterită ocluzivă periferică, ocluzie vasculară cerebrală).
Ad. — Oral, 8 capsule/zi (fracționat, după mese).
Ef.N. — Uneori greață, vomă, neplăcere abdominală, diaree, somnolență, cefalee, amețeli, creștere în greu-

Scanned with OKEN Scanner

tate; rareori erupţii cutanate, prurit, alopecie (trecătoare), creşterea transaminazelor serice şi scăderea fosfatazei alcaline (efectul este probabil metabolic).
C.I. — Boli hepatice şi renale, sarcină; prudenţă în folosirea anticoagulantelor şi sulfamidelor antidiabetice (se scad dozele).

Cloramfenicol (chloramphenicol[I], chloromycetin)

P. — *Drajeuri* conţinînd cloramfenicol 250 mg sau 125 mg (flac. cu 12 buc.); *capsule* operculate conţinînd cloramfenicol 250 mg sau 125 mg (flac. cu 12 buc.).
Ac. — Antibiotic bacteriostatic cu spectru larg; este foarte activ faţă de rickettsii, virusuri din grupul psittacoză-limfogranulomatoză, micoplasme şi o serie de bacterii Gram-negative: *Salmonella typhi*, *Haemophilus influenzae*, *Bordetella pertussis*, *Escherichia coli*, *Shigella*, *Brucella*, *Klebsiella* unele specii de *Proteus*; activitatea este moderată faţă de coci Gram-pozitivi, *Treponema pallidum*, *Treponema recurrentis*, *Entamoeba histolytica* şi *Actinomyces bovis*. Rezistenţa se dezvoltă lent şi numai la unele specii microbiene (de exemplu *Salmonella typhi*, *Shigella*).
Ind. — Febră tifoidă şi febră paratifoidă (antibiotic de elecţie); meningite, laringotraheite (la copii mici), pneumonii (la bătrîni) cu *H. influenzae;* bacteriemii cu organisme coliforme; infecţii urinare rezistente la alte antibiotice.
Ad. — *Adulţi:* 1—2 drajeuri sau capsule de 250 mg la 4—6 ore (1—3 g/zi) în funcţie de gravitatea infecţiei; *copii:* 25—50 mg/kilocorp/zi. Se administrează la mese pentru a evita consecinţele iritaţiei digestive; în tratamentele prelungite se asociază vitamine din complexul B şi se introduce în alimentaţie iaurt, pentru a evita consecinţele distrugerii florei intestinale.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Deprimarea severă a hematopoiezei: anemie aplastică, purpură trombopenică, agranulocitoză (mai ales la dozele mari); uneori uscăciunea gurii, greață, vomă, diaree; rareori, suprainfecții cu *Candida*, disbacterioze intestinale, erupții cutanate urticariene, reacții neurotoxice (cefalee, confuzie mintală, nevrită optică). La nou-născuți, mai ales la prematuri, dozele obișnuite pot provoca un sindrom toxic mortal (sindromul cenușiu).
C.I. — Leucopenie, anemie, boli hepatice grave; prudență și doze mici în insuficiența renală și la nou-născuți; prudență mare sau se evită în primul trimestru de sarcină. În general nu se folosește decît cu indicații stricte; se evită utilizarea profilactică și repetarea curelor; tratamentul se face sub controlul hemogramei. Nu se asociază cu alte medicamente care pot deprima hematopoieza.

Cloramfenicol hemisuccinat de sodiu

P. — *Flacoane* conținînd sarea sodică a esterului succinic al cloramfenicolului, sub formă de *pulbere*, în cantitate echivalentă cu 1 g cloramfenicol.
Ac. — Aceleași ca pentru cloramfenicol; reprezintă o formă hidrosolubilă injectabilă, care eliberează antibioticul activ în organism.
Ind. — Infecții grave cu germeni sensibili la cloramfenicol; bolnavi la care cloramfenicolul nu se poate administra oral.
Ad. — Conținutul unui flacon se dizolvă în 10 ml soluție izotonă de clorură de sodiu; la *adulți* se injectează intramuscular sau intravenos 0,5 g la 6—8 ore, iar la *copii* 25—50 mg/kilocorp/zi.
Ef.N. — Aceleași ca pentru cloramfenicol; injecția intramusculară poate fi dureroasă; uneori gust amar la injectarea intravenoasă.
C.I. — Aceleași ca pentru cloramfenicol.

Scanned with OKEN Scanner

Cloramfenicol palmitat

P. — *Suspensie* apoasă pentru uz intern conţinînd cloramfenicol palmitat 5 g (corespunzător la 3,5 g cloramfenicol bază)/100 g (flac. cu 10 ml).
Ac. — Formă de cloramfenicol greu solubilă, lipsită de gustul amar, utilă mai ales la copii (eliberează în intestin cloramfenicol activ).
Ind., Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru cloramfenicol.
Ad. — La *copii:* oral 25—30 mg cloramfenicol bază/kilocorp şi zi (o linguriţă suspensie conţine circa 175 mg cloramfenicol bază), fracţionat la 4—6 ore.

Cloramina B

P. — *Comprimate* conţinînd natriubenzensulfoncloramidă 500 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Antiseptic şi dezinfectant cu acţiune lentă şi durabilă, puţin iritant.
Ind. — Dezinfecţia mîinilor, a unor mucoase, a plăgilor; dezinfecţia instrumentelor şi a veselei; dezinfecţia apei.
Ad. — Extern, în soluţie 0,5 % pentru mîini şi instrumente, 0,1—0,3% pentru spălături vaginale şi ale plăgilor; 1 comprimat la 100 l pentru dezinfecţia apei.

Clordelazin (chlorpromazinhydrochlorid[I], aminazin, largactil, megaphen, plegomazin, thorazin)

P. — *Drajeuri* conţinînd clorpromazină maleat 25 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. — Neuroleptic fenotiazinic, antipsihotic, sedativ, hipotermizant, antivomitiv; potenţează acţiunea anestezicelor generale, hipnoticelor şi analgezicelor; simpatolitic.

Scanned with OKEN Scanner

Ind — Schizofrenie, stări maniacale, psihoze de involuție; vomă de diferite cauze, sughiț; pregătirea anesteziei generale și intervențiilor chirurgicale; pentru realizarea hipotermiei; în asociație cu analgezicele, pentru potențare.
Ad. — *Adulți:* 75—500 mg/zi (fracționat) în psihoze, 25—50 mg ca antivomitiv; *copii:* 1—3 mg/kilocorp și zi.
Ef. N. — Sedare, diminuarea performanțelor psihomotorii, somnolență, potențarea băuturilor alcoolice; tulburări de vedere, uscăciunea gurii, constipație, congestie nazală, tahicardie, hipotensiune ortostatică (mai ales pentru formele injectabile); tulburări menstruale și de lactație, diminuarea libidoului; reacții extrapiramidale (sindrom parkinsonian, sindroame diskinetice, acatisie) reversibile, convulsii (mai frecvent la epileptici și la cei care au făcut electroșocuri); dermatite, fotosensibilizare, foarte rar pigmentare oculocutanată, icter colestatic, agranulocitoză.
C.I. — Stări comatoase, intoxicație acută cu barbiturice, alcool, opiacee; hepatită, leucopenie, alergie la fenotiazine; prudență în hipotensiunea arterială, insuficiența respiratorie, la ateroscleroticii și la bătrîni, în bolile convulsivante, în timpul sarcinii; nu se administrează ambulator la șoferi, dispeceri etc.; se vor evita băuturile alcoolice; prudență cînd se asociază cu alte medicamente deprimante (anestezice generale, sedative, hipnotice, analgezice).

Clorfenoxamina (chlorphenoxamin hydrochlorid[I], phenoxene, systral)

P. — *Comprimate* conținînd clorfenoxamină hcl. 20 mg (cutie cu 50 buc.).
Ac. — Antiparkinsonian și miorelaxant; antihistaminic, parasimpatolitic slab.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Parkinsonism; boli alergice: urticarie, edem angioneurotic, rinite alergice, boala serului.
Ad. — *Adulţi:* 1—2 comprimate de 2—3 ori/zi; *copii:* 1/4—1/2 din doza adultului.
Ef.N. — Rare şi minore: somnolenţă, ameţeli, uscăciunea gurii, tulburări dispeptice.
C.I. — Prudenţă în glaucom, hipertrofia de prostată, obstrucţia pilorică; prudenţă la asocierea cu barbiturice; se vor evita băuturile alcoolice; nu se foloseşte ambulator la şoferi, dispeceri etc.

Clorhexidin (chlorhexidin[I], hibitane)

P. — *Soluţie* pentru pulverizare conţinînd clorhexidin diacetat 1% în alcool izopropilic (flac. spray).
Ac. — Antiseptic activ faţă de germenii Gram-pozitivi (mai ales) şi Gram-negativi; micobacteriile şi sporii sînt rezistenţi.
Ind. — Plăgi infectate, antisepsia pielii înaintea injecţiilor sau intervenţiilor chirurgicale.
Ad. — Extern, prin pulverizare locală.
Ef.N. şi C.I. — Sensibilizare locală; se va evita atingerea ochilor. Este incompatibil cu săpunul.

Clorocalcin

P. — *Soluţie* apoasă pentru uz intern conţinînd clorură de calciu 0,18 g/ml (flac. cu 50 ml).
Ac. şi Ind. — Aceleaşi ca pentru calciu granulat.
Ad. — *Adulţi:* 20—40 picături în lapte sau în apă (la mese). de 2—3 ori/zi; *copii:* 5—10 picături/zi.
Ef.N — Gust neplăcut, iritaţie gastrică.
C.I. — Aceleaşi ca pentru calciu granulat; nu se foloseşte la copii cu vărsături şi la adulţi cu gastrită sau ulcer.

Scanned with OKEN Scanner

Clorochin (chloroquine[I], aralen, nivaquine, resochin)

P. — *Comprimate* conținînd clorochină sulfat 200 mg, corespunzînd la 146 mg alcaloid bază (flac. cu 50 buc.).
Ac. — Antimalaric cu acțiune schizontocidă hematică, oprește accesul de malarie; antiamebian.
Ind. — Accesele și tratamentul de urgență al formelor grave de malarie, chimioprofilaxia malariei; amebiază hepatică, giardioză.
Ad. — În accesul de malarie, la *adulți* inițial 4 comprimate (aproximativ 600 mg clorochină bază), după 6 ore 2 comprimate, apoi cîte 2 comprimate/zi următoarele 2 zile; la *copii*: inițial 10 mg/kg apoi cîte 5 mg/kg și zi; pentru chimioprofilaxia malariei 2 comprimate/săptămînă; în amebiaza hepatică 4 comprimate/zi 2 zile, apoi 2 comprimate/zi, 2—3 săptămîni.
Ef.N. — Prurit (frecvent), cefalee, tulburări vizuale, dureri abdominale, diaree, greață și vomă (uneori); pierdere în greutate, alopecie (trecătoare), erupții cutanate (chiar forme grave, de tip eritem multiform), hipotensiune și modificări ECG, leucopenie, trombocitopenie, anemie aplastică, agranulocitoză, vertij, surditate, neuromiopatie, nervozitate, chiar convulsii sau fenomene psihotice (survin rareori, au caracter reversibil). Dozele mari administrate prelungit pot provoca opacități corneene, leziuni retiniene (este necesar examenul oftalmologic periodic, se oprește medicația dacă apar modificări retiniene), pigmentarea pielii, slăbiciune musculară.
C.I. — Psoriazis, porfirie, leziuni retiniene, tulburări ale cîmpului vizual, alergie sau intoleranță la clorochină și alți derivați 4-aminochinolinici; prudență la hepatici, la alcoolici, la copii, prudență sau se evită în sarcină. Nu se asociază cu medicamente care pot produce dermatite (fenilbutazonă, aur) sau cu substanțe hepatotoxice.

Scanned with OKEN Scanner

Clortestosteron acetat (clostebolacetat, steranabol)

P. — *Fiole* a 5 ml *suspensie* apoasă, conținînd clostebol acetat 50 mg.
Ac. — Steroid anabolizant, slab virilizant.
Ind. — Stări de slăbiciune, cașexie, epuizare, la bătrîni, în convalescență; hiperovarism, metropatie hemoragică mastopatie fibrochistică (ca adjuvant).
Ad. — Intramuscular, la *adulți* 20—50 mg (2—5 ml) zilnic sau la 2 zile (în serii de 10—15 injecții); la *copii* 10—20 mg zilnic sau la 2 zile.
Ef. N. — Fenomene de virilizare și tulburări menstruale la femei, pubertate precoce și oprirea creșterii la băieți, virilizare și oprirea creșterii la fetițe (pentru dozele mari, administrate prelungit).
C.I. — Cancer de prostată, sarcină, perioada de alăptare; prudență în insuficiența cardiacă, hipertensiunea arterială gravă, ateroscleroza avansată, epilepsie, migrenă.

Clorură de calciu

P. — *Fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd clorură de calciu 1 g sau 2 g (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Recalcifiant, antialergic și antiinflamator, hemostatic scade excitabilitatea neuromusculară și relaxează musculatura netedă.
Ind. — Tetanie, spasmofilie, rahitism, boală celiacă; boli alergice, boli inflamatorii, prurit, hemoragii diverse (ca medicație adjuvantă); hiperkaliemie gravă, hipermagneziemie, intoxicație cu tetraclorură de carbon și fluor, colici în intoxicația cu plumb.
Ad. — Strict intravenos, 5—10 ml lent (cel mult 0,5 ml/minut), o dată sau de 2 ori/zi.
Ef.N. — Injectarea intravenoasă rapidă provoacă senzație de căldură excesivă, sudorație, paloarea feței, chiar

Scanned with OKEN Scanner

colaps; introducerea paravenos produce iritație puternică și necroză. Folosirea în timpul tratamentului digitalic poate fi cauză de aritmii grave, chiar fibrilație ventriculară.

C.I. — Stări de hipercalcemie (inclusiv cele asociate sarcoidozei și metastazelor neoplazice osoase), litiază renală, insuficiență renală, ateroscleroză avansată, tendință la tromboză; nu se folosește în timpul tratamentului tonicardiac sau în condiții de hiperexcitabilitate miocardică.

Clorură de sodiu*

P. — *Soluție perfuzabilă* de clorură de sodiu 0,9%, 250 ml, 500 ml și 1 000 ml în saci de PVC atoxic, apirogen; *fiole* a 10 ml soluție apoasă de clorură de sodiu 10% sau 20% (cutie cu 10 sau 100 buc.).

Ac. și Ind. — Aport de sare și apă în stări de deshidratare și deficit de sare (vărsături frecvente și diaree profuză, arsuri întinse, boală Addison etc.).

Ad. — *Soluția izotonă* se perfuzează intravenos: pentru bolnavii care nu pot ingera lichide sînt necesari zilnic 500 ml soluție de clorură de sodiu 0,9%, împreună cu 1—1,5 l soluție de glucoză 5%; *soluțiile hipertone* se injectează intravenos strict, dozate în funcție de natriemie și greutatea corporală.

Ef.N. — Dozele excesive produc supraîncărcare circulatorie și edeme, administrarea prelungită poate provoca hipercloremie cu acidoză; injectarea paravenoasă a soluției hipertone produce iritație, chiar necroză.

---

* Soluția perfuzabilă este comercializată sub denumirea *Soluție clorură de sodiu 0,9%*; soluția 0,9% în fiole este comercializată sub denumirea *Ser fiziologic*.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Insuficienţă cardiacă, hipertensiune arterială, insuficienţă renală, edem pulmonar, edeme periferice, toxemie gravidică, hipercorticism.

Clorzoxazon (chlorzoxazon[I], paraflex)

P. — *Comprimate* conţinînd clorzoxazonă 250 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Miorelaxant prin deprimare motorie centrală (blocant polisinaptic); diminuează durerea şi creşte funcţionalitatea muşchilor striaţi spastici.
Ind. — Spasme reactive ale musculaturii striate de natură traumatică, inflamatorie sau reflexă (contuzii, tenosinovite, artrite, miozite, contracturi ischemice etc.); contractură cronică de origine piramidală.
Ad. — 1—3 comprimate de 3—4 ori/zi (uneori este utilă asocierea cu paracetamol).
Ef.N. — Uneori greaţă, vomă, pirozis, constipaţie, sîngerări ale mucoasei gastrointestinale, somnolenţă, cefalee, ameţeli, excitaţie; rar erupţii cutanate alergice, echimoze, foarte rar edem angioneurotic sau reacţii anafilactice; s-au semnalat cîteva cazuri de icter provocate probabil de clorzoxazonă.
C.I. — Alergie la cloroxazonă; tratamentul se întrerupe dacă apar semne de afectare hepatică. Prudenţă în timpul sarcinii.

Cloxacilina (cloxacillin-natrium[I], orbenin)

P. — *Capsule* operculate conţinînd cloxacilină sodică monohidrat 250 mg (flac. cu 16 buc.); flacoane conţinînd *pulbere* de cloxacilină sodică 250 mg şi 500 mg, pentru prepararea de *soluţii injectabile*.
Ac. — Penicilină de sinteză cu spectru asemănător benzilpenicilinei; este activă faţă de stafilococii rezis-

Scanned with OKEN Scanner

tenți la benzilpenicilină (în concentrații ceva mai mici decît oxacilina), dar pentru ceilalți germeni potența este mai mică. Este relativ rezistentă la acidul clorhidric.
Ind. — Stafilococii rezistente la benzilpenicilină.
Ad. — *Adulți:* oral 1,5—3 g/zi (fracționat la 4—6 ore) sau intramuscular (în infecții grave) 250 mg la 4—6 ore; *copii:* 25 mg/kg la fiecare 6 ore.
Ef.N. — Aceleași ca pentru oxacilină.
C.I. — Alergie la peniciline; prudență la alergici.

Codamin

P. — *Comprimate* conținînd aminofenazonă 300 mg, fenacetină 200 mg, cafeină citrică 50 mg, codeină fosforică 20 mg (benzi de celofan).
Ac. — Analgezic, antiinflamator și antipiretic prin aminofenazonă și fenacetină, slab antispastic prin aminofenazonă; codeina are acțiune analgezică, iar cafeina potențează analgezia și are efect stimulant psihomotor slab.
Ind. — Cefalee, nevralgii, mialgii, dismenoree; stări febrile, gripă.
Ad. — 1 comprimat la nevoie, 3—4 comprimate/zi.
Ef.N — Erupții cutanate, edem angioneurotic, febră, foarte rar leucopenie, chiar agranulocitoză (prin aminofenazonă); administrarea prelungită de doze mari poate fi cauzată de leziuni renale, leziuni hepatice și methemoglobinemie (prin fenacetină); rareori dependență la codeină.
C.I. — Alergie la aminofenazonă, fenacetină și codeină, leucopenie; prudență la renali, hepatici, anemici și în stările hipoxice. Se va evita la copiii mici.

Scanned with OKEN Scanner

Codecam

P. — *Spray* conținînd *dequalinium* hcl. (flacon presurizat a 130 ml).
Ac. — Antiseptic bucal eficace față de majoritatea bacteriilor Gram-pozitive și negative, *Treponema Vincenti*, *Candida albicans*.
Ind. — Tratamentul diferitelor infecții bucofaringiene: amigdalite, faringite, stomatite, gingivită ulceroasă, angină Vincent, candidoză bucală; profilactic, după amigdalectomie și după extracții dentare.
Ad. — Pulverizări locale, de cîteva ori/zi.
Ef.N. — Folosirea abuzivă poate provoca iritarea mucoasei bucale și faringiene.

Codenal

P. — *Comprimate* conținînd codeină 15,5 mg și fenobarbital 8,5 mg (flac. cu 10 buc.).
Ac. — Antitusiv prin mecanism central, sedativ, slab analgezic.
Ind. — Tuse uscată iritativă, tuse obositoare și persistentă, tuse la bolnavi cu hemoptizie, în insuficiența cardiacă și în alte situații care contraindică efortul de tuse.
Ad. — *Adulți:* 1 comprimat de 3—5 ori/zi; *copii* (peste 3 ani): 1/4—1 comprimat/zi.
Ef.N — Constipație, greață și vomă, amețeli, somnolență, rareori erupții cutanate; rareori codeina dezvoltă dependență; toxicitatea este crescută la copii.
C.I. — Alergie sau intoleranță la codeine sau barbiturice, insuficiență hepatică gravă, stări de deprimare respiratorie; prudență în asocierea cu sedative și tranchilizante.

Scanned with OKEN Scanner

Codenal cu acțiune prelungită

P. — *Comprimate* retard conținînd codeină fosforică 60 mg și fenobarbital 20 mg (flac. cu 10 buc.).
Ac., Ind., Ef.N., C.I. — Aceleași ca pentru codenal; efectul durează 10—12 ore.
Ad. — Cîte un comprimat dimineața și seara.

Cofedol

P. — *Drajeuri* conținînd ergotamină tartrică 1 mg și cafeină 100 mg (flac. cu 10 sau 20 buc.).
Ac. — Antimigrenos prin acțiune vasoconstrictoare în teritoriul cranian.
Ind. — Accesul de migrenă, cefaleea histaminică.
Ad. — 1—2 drajeuri la începutul crizei migrenoase; la nevoie se poate repeta după 1/2 de oră.
Ef.N. — Parestezii și dureri musculare în extremități, dureri precordiale, tahicardie sau bradicardie trecătoare, nervozitate, insomnie, greață, vomă, edeme și prurit localizate.
C.I. — Sarcină, travaliu, boli vasculare periferice, cardiopatii ischemice, hipertensiune arterială, insuficiență hepatică și renală grave; alergie specifică; nu se asociază cu adrenalina sau alte simpatomimetice vasoconstrictoare.

Cofeină natriu benzoic

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd cafeină și benzoat de sodiu 250 mg (cutie cu 100 buc.).
Ac. — Stimulant psihomotor, îndepărtează senzația de oboseală; excită slab centrii vasomotor și respirator din bulb (mai ales cînd sînt deprimați); stimulează

Scanned with OKEN Scanner

miocardul, creşte secreţia gastrică, stimulează slab diureza.
Ind. — Intoxicaţie acută cu alcool; cefalee, migrenă (eventual în asociaţie cu analgezice sau ergotamină); colaps prin insuficienţă miocardică acută.
Ad. — Oral, la nevoie subcutanat, chiar intravenos (lent), cîte o fiolă (în intoxicaţia acută cu alcool mai mult).
Ef.N. — Nelinişte, insomnie, tremor, cefalee, palpitaţii, pirozis, greaţă şi vomă.
C.I. — Hiperexcitabilitate, insomnie, miocardite, cardiopatii ischemice, ulcer gastroduodenal.

Colebil

P. — *Drajeuri* conţinînd bilă de bou uscată 100 mg, salicilat de sodiu 90 mg, metenamină 50 mg, ulei de mentă 5 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Coleretic, substituent al sărurilor biliare; laxativ; slab antiseptic.
Ind. — Colecistită şi angiocolită cronică, litiază biliară, dispepsii prin insuficienţă biliară, steatoree, constipaţie.
Ad. — 1—3 drajeuri/zi.
C.I. — Obstrucţie biliară, colică biliară, colecistită acută, angiocolită acută, hepatită acută.

Colimicin (colistin[I], colimycine, polimyxin E)

P. — *Comprimate* conţinînd colistină sulfat 250 000 u.i., corespunzînd la aproximativ 12,5 mg (cutie cu 30 buc.).
Ac. — Antibiotic din grupa polimixinelor, bactericid faţă de germenii Gram-negativi: *Pseudomonas*, *Klebsiella aerobacter*, *Shigella*, *Escherichia* şi *Haemophilus*. *Brucella*, *Neisseria* şi *Proteus* nu sînt sensibili.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Gastroenterite cu germeni sensibili, infecții intestinale cu *E. coli* și *Shigella;* pregătirea preoperatorie a intervențiilor pe intestin; infecții urinare cu *E. coli.*
Ad. — *Adulți:* 1,5 milioane u. (6 comprimate) de 6 ori/zi; *copii:* pînă la 1 an 0,75—1,5 milioane u./zi; 1—4 ani 1,5—2,25 milioane u./zi; 5—8 ani 2,25—4,5 milioane u./zi (fracționat în 3 doze).
Ef.N. — Suprainfecții intestinale cu germeni rezistenți, mai ales *Proteus* (la tratamentul prelungit). Deoarece se absoarbe puțin din intestin, toxicitatea sistemică este minimă; fenomene nefrotoxice pot apare la supradozare sau în caz de insuficiență renală. Rareori reacții alergice.
C.I. — Alergie la polimixine; prudență în insuficiența renală.

Colir cu sulfacetamidă

P. — *Soluție* apoasă pentru uz extern, conținînd sulfacetamidă sodică 10% (flac. cu 10 ml).
Ac. — Bacteriostatic local cu spectru larg.
Ind. — Conjunctivite microbiene acute și cronice.
Ad. — Instilații conjunctivale, 1—2 picături de 3—6 ori/zi.
Ef.N. — Uneori senzație de arsură și înțepături local; poate provoca sensibilizare (trebuie utilizat cu discernămînt).
C.I. — Alergie la sulfamide. Nu se aplică pe plăgi penetrante ale ochiului; nu se asociază cu azotat de argint, protargol sau colargol. Puroiul diminuează eficacitatea.

Colisan

P. — *Sirop* conținînd colină hcl. 20 g/100 g (flac. cu 125 ml).
Ac. — Factor lipotrop.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Afecțiuni hepatice cronice cu infiltrație și degenerescență grasă.
Ad. — *Adulți*: 3—6 linguriție/zi (la mese); *copii* (peste 7 ani): 1—3 linguriție/zi.

Combantrin (pyrantel pamoate)

P. — *Comprimate* conținînd pyrantel pamoat echivalent cu 250 mg pyrantel bază (ambalaj cu 3 buc.).
Ac. și Ind. — Antihelmintic eficace în parazitoze intestinale simple sau mixte cu *Enterobius vermicularis* (oxiuri) *Ascaris lumbricoides* (limbrici), *Ankylostoma duodenale* și *Necator americanus*.
Ad. — Oral (comprimatul se sfărîmă în gură) 10 mg/kg (în ascaridioză mai puțin — 5 mg/kg), într-o singură priză, pe mîncate; *copii* de 6 luni — 2 ani — 1/2 comprimat, 6—12 ani — 1 comprimat, copii peste 12 ani și adulți pînă la 85 kg — 3 comprimate, adulți peste 85 kg — 4 comprimate.
Ef.N. — Rareori greață, vomă, diaree, creșterea valorii SGOT.
C.I. — Prudență în timpul sarcinii.

Complex B

P. — *Drajeuri (forte)* conținînd tiamină 3,96 mg, riboflavină 0,1 mg, piridoxină 0,03 mg, nicotinamidă 0,66 mg, pantotenat de calciu 0,33 mg, extract de drojdie de bere 66 mg (cutie cu 50 buc.); *fiole* a 2 ml soluție apoasă conținînd tiamină 10 mg, riboflavină 2 mg, piridoxină 6 mg, nicotinamidă 50 mg (cutie cu 5 sau 100 buc.).
Ac. — Vitamine din complexul B într-o asociație echilibrată; au funcții complexe în metabolism, intrînd în compoziția unor coenzime cu rol important în oxidoreducerile celulare și în metabolismul glucidic.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Profilaxia și tratamentul deficiențelor polivitaminice B; eczeme, furunculoză, lupus eritematos, fragilitatea unghiilor și părului, psoriazis; colite, steatoree, sprue, hepatite, insuficiență hepatică, stomatite, glosite; nevrite, *herpes zoster*; intoxicații, boli alergice, boală de iradiație; tratament prelungit cu tetraciclină sau cloramfenicol.
Ad. — Oral, 2—4 drajeuri sau intramuscular, 1 fiolă zilnic.

Concaden

P. — *Comprimate* conținînd fluorură de sodiu 0,55 mg, corespunzător la 0,25 mg fluor (flac. cu 100 buc.).
Ac. — Crește rezistența dentinei și a emailului dentar la acizi.
Ind. — Pentru profilaxia cariei dentare (în condițiile deficitului de fluor în apa potabilă și în alimente).
Ad. — *Adulți:* 2—4 comprimate/zi (pentru supt): *copii:* 1—2 comprimate/zi (după vîrstă).
Ef.N. — Ingestia cronică de cantități mai mari decît cele fiziologice provoacă fluoroză dentară, uneori fluoroză osoasă (tratamentul se face sub control medical).
C.I. — Nu se recomandă în regiunile unde apa potabilă conține suficientă fluorură.

Cortelax

P. — *Drajeuri* conținînd extract uscat de *Frangula* 150 mg, extract uscat de *Rheum* 150 mg, extract uscat de *Cichorium* 100 mg, extract uscat de *Liquiritia* 100 mg (plic cu 3 buc., flac. cu 20 buc.).
Ac. — Laxativ sau purgativ, acționînd prin iritarea colonului; efectul apare după 8—12 ore.
Ind. — Constipație funcțională.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — 1—3 drajeuri seara la culcare.

Ef.N. — Colici intestinale, congestie uterină.

C.I. — Apendicită, leziuni ulcerative ale mucoasei intestinale, ileus mecanic, abdomen acut, hemoroizi; se va evita în timpul sarcinii și alăptării.

Cortizon acetat (cortison[I])

P. — *Fiole* a 5 ml suspensie apoasă conținînd acetat de cortizon 25 mg (cutie cu 5 buc.).

Ac. — Hormon glucocorticoid cu acțiune antiinflamatoare și antialergică; favorizează catabolismul proteic și mărește glicemia, crește secreția gastrică, stimulează sistemul nervos central; favorizează retenția hidrosalină.

Ind. — Boala Addison (ca medicație substitutivă, în asociație cu dezoxicorticosteronul); boala Simmond cu insuficiență suprarenală secundară.

Ad. — Intramuscular profund, inițial 100 mg (4 fiole)/zi, apoi întreținerea efectului cu doze mici, obișnuit 25—50 mg/zi.

Ef.N. — Retenție hidrosalină cu edeme (eventual creșterea presiunii arteriale și activarea sau agravarea insuficienței cardiace), hipokaliemie (oboseală, slăbiciune musculară, modificări ECG), hiperglicemie și glicozurie (activarea sau agravarea diabetului), creșterea consumului de proteine (epuizare musculară, osteoporoză), favorizarea dezvoltării infecțiilor și activarea tuberculozei, activarea sau agravarea ulcerului gastric sau duodenal, tulburări psihotice, fenomene de hipercorticism exogen.

C.I. — Ulcer gastric sau duodenal, viroze, psihoze, osteoporoză, sindrom Cushing; prudență în timpul sarcinii și alăptării, în insuficiența cardiacă, hiperten-

Scanned with OKEN Scanner

siunea arterială, diabetul zaharat, insuficiența renală cronică. În bolile infecțioase este obligator tratamentul chimioterapic sau antibiotic specific; în timpul tratamentului cortizonic este interzisă vaccinarea, mai ales cea antivariolică.

Crelizin

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd hidrolizat (enzimatic) din proteinele creierului de porc (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Complex de aminoacizi și peptide de greutate moleculară mică, obținute din proteinele creierului, este considerat a avea acțiune trofică, protectoare și de ameliorare a funcțiilor cerebrale.
Ind. — Stări de deficit cerebral de origine traumatică, metabolică (anoxie, comă hipoglicemică), vasculară sau infecțioasă, surmenaj psihic, întîrziere psihică la copil; mic rău epileptic, narcolepsie (ca medicație adjuvantă); se poate asocia electroșocului, medicației neuroleptice, antidepresivelor.
Ad. — Subcutanat sau intramuscular, cîte o fiolă zilnic sau la 2—3 zile, în cure de 10—20 injecții.

Cutader (inotiol)

P. — *Unguent* conținînd ihtamol 1,5 g, extract uscat de *Hammamelis* 0,13 g, oxid de zinc 15 g, oxid de titan 6 g, borat de sodiu 0,1 g, excipient pînă la 100 g (tub cu 25 g).
Ac. — Reducțor, keratolitic, slab iritant, slab antiseptic, astringent.
Ind. — Eczeme uscate și alte boli cronice ale pielii, arsuri și ulcerații superficiale.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — În aplicaţii locale pe piele, de 1—2 ori/zi.
Ef.N. — Rareori erupţii cutanate alergice.
C.I. — Dermatoze zemuinde; alergie la ihtamol.

Decaderm (dequaliniumchloridI)

P. — *Soluţie* pentru uz extern conţinînd dequaliniu clorură 0,5% (flac. cu 20 ml); *unguent* conţinînd dequaliniu clorură 0,4% (tub cu 20 g).
Ac. — Antibacterian şi antifungic activ faţă de multe bacterii Gram-pozitive şi Gram-negative, *Treponema Vincenti*, *Candida albicans* şi unele specii de *Tricophyton*.
Ind. — Piodermite şi dermatoze fungice, arsuri, plăgi, ulcere varicoase infectate; stomatite, faringite; vaginite moniliazice sau tricomonazice.
Ad. — Aplicaţii locale, badijonări, pansamente.
Ef.N. — Reacţii alergice locale; folosirea prelungită poate provoca leziuni necrotice.
C.I. — Alergie specifică. Nu se aplică pe pielea regiunii anogenitale; prudenţă în folosirea prelungită sau repetată.

Dequalinium* (dequaliniumchloridI)

P. — *Comprimate* conţinînd *dequalinium* hcl. 0,25 mg şi acid ascorbic 80 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. — Antiseptic antibacterian şi antifungic eficace faţă de majoritatea bacteriilor Gram-pozitive şi Gram-negative, *Treponema Vincenti*, *Candida albicans;* aport de vitamină C.
Ind. — Tratamentul infecţiilor bucofaringiene: amigdalite, faringite, stomatite, glosite, gingivită ulceroasă,

---

* *Spray*-ul este comercializat sub denumirea *Codecam*; soluţia pentru uz extern şi unguentul sînt comercializate sub denumirea de *Decaderm*.

Scanned with OKEN Scanner

angină Vincent, candidoză bucală; profilactic după amigdalectomie, după extracţii dentare.
Ad. — Cîte 1 comprimat, pentru supt, la fiecare 2—3 ore.
Ef.N. — Folosirea abuzivă poate provoca iritaţia mucoasei bucale.

Deslanosid

Vezi lanatozid C.

Dextran 40 (rheomacrodex)

P. — Soluţie coloidală injectabilă, conţinînd dextran modificat (cu g.m. medie 40 000) 6% în soluţie salină sau glucozată izotone (cutie cu 6 flac. a 500 ml).

Ac. — Substituent coloidal de plasmă cu acţiune rapidă şi de scurtă durată (12 ore); reface volemia, creşte presiunea arterială, debitul cardiac şi presiunea venoasă centrală, restabilind dinamica circulatorie prăbuşită în şoc; împiedică agregarea hematiilor, care blochează microcirculaţia în şoc. Dextranul în glucoză este de ales cînd trebuie evitat aportul de sare.

Ind. — Ca tratament adjuvant în şoc; ca hemodiluant în circulaţia extracorporeală.

Ad. — În perfuzie intravenoasă, prima zi 1 000—1 500 ml (fără a depăşi 20 ml/kg) eventual în continuare cel mult 5 zile (fără a depăşi 10 ml/kg şi zi); tratamentul se face urmărind atent semnele de supraîncărcare circulatorie, de preferinţă sub controlul presiunii venoase centrale.

Ef.N. — Rareori reacţii alergice manifestate prin urticarie, dispnee, edem angioneurotic, febră, greaţă, vomă; creşte vîscozitatea urinii, poate favoriza insuficienţa renală, produce uneori vacuolizare tubulară.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Alergie la dextran, trombocitopenie marcată, hipofibrinogenemie, boli renale cu oligurie severă sau anurie, sarcină în primul trimestru; prudenţă în insuficienţa cardiacă, insuficienţa renală, în policitemie, la deshidrataţi, în caz de hemoragii.

Dextran 70 (macrodex)

P. — *Soluţie* coloidală injectabilă, conţinînd dextran modificat (g.m. medie 70 000) 6%, în soluţie salină sau glucozată izotonă (flac. cu 500 ml).
Ac. — Substituent de plasmă, reface masa circulantă şi permite creşterea presiunii arteriale scăzute prin hipovolemie acută; efectul se menţine mai mult de 24 de ore. Are acţiune antitrombotică prin inhibarea agregării plachetare.
Ind. — Ca substituent de plasmă, pentru restaurarea volemiei diminuate prin hemoragie, după arsuri, traumatisme etc. Pentru profilaxia complicaţiilor tromboembolice postoperatorii şi după arteriografie.
Ad. — În perfuzie intravenoasă, 500—1 000 ml (cantitatea nu trebuie să depăşească 20 ml/kg în prima zi, 10 ml/kg şi zi în următoarele, iar concentraţia hemoglobinei nu trebuie să scadă sub 10%); soluţia trebuie să fie transparentă.
Ef.N. — Reacţii alergice (cu o frecvenţă sub 10%), febră, prelungirea timpului de sîngerare (la 50% dintre bolnavi) cu favorizarea hemoragiilor (pentru dozele mari), deprimarea funcţiei tubulare renale cu insuficienţă renală (pentru dozele mari).
C.I. — Alergie specifică, defecte de coagulare, insuficienţă renală, anurie, insuficienţă cardiacă gravă, edem pulmonar. Dextranul în glucoză nu trebuie perfuzat în amestec cu sîngele (poate precipita globulinele şi favorizează agregarea plachetelor); prudenţă cînd se administrează după sînge sau soluţii de electroliţi.

Scanned with OKEN Scanner

Diazepam (diazepam[I], valium)

P. — *Comprimate* conținînd diazepam 10 mg și 2 mg (flac. cu 30 buc.); *fiole* a 2 ml conținînd diazepam 10 mg (cutie cu 6 buc.).

Ac. — Tranchilizant cu proprietăți asemănătoare clordiazepoxidului (napoton); miorelaxant și anticonvulsivant; slab parasimpatolitic.

Ind. — Nevroze, sindrom psihovegetativ, sindrom de menopauză, sindrom de abstinență la alcoolici, stări depresive cu agitație și alte afecțiuni însoțite de tensiune psihică, anxietate, insomnie; spasme musculare în boli reumatice, traumatisme, fracturi, accidente cerebrovasculare; tetanos, epilepsie; pentru ușurarea travaliului și în iminență de avort.

Ad. — Oral, *adulți:* 4—40 mg/zi, după situație (obișnuit 2—6 mg de 3 ori/zi); *copii:* pînă la 3 ani, 1—6 mg/zi, 4—14 ani, 4—12 mg/zi; intramuscular 2—10 mg o dată (se poate repeta după 3—4 ore); intravenos lent (sub supraveghere medicală) 2—10 mg; în perfuzie intravenoasă, 10—20 mg în soluție glucozată sau salină izotonă (în tetanos sau *status epilepticus* doze mai mari, pînă la 100—200 mg/zi).

Ef.N. — Somnolență, oboseală, ameteli, slăbiciune musculară, uscăciunea gurii, constipație, tulburări de vedere, hipotensiune, diminuarea libidoului, rareori ataxie, agitație psihomotorie, foarte rar neutropenie, icter; dozele mari administrate îndelungat pot provoca dependență.

C.I. — Miastenie gravă, glaucom, alergie specifică; la cerebrovasculari, în insuficiența cardiorespiratorie, la bătrîni și la debilitați se vor folosi doze mici. Se recomandă evitarea băuturilor alcoolice; prudență în aso-

Scanned with OKEN Scanner

cierea cu alte deprimante centrale și cu substanțe antidepresive. Nu se administrează ambulator la șoferi și în alte profesiuni care impun concentrarea intensă și prelungită a funcțiilor psihice. Prudență în timpul sarcinii și alăptării.

Dicarbocalm

P. — *Comprimate* conținînd carbonat de calciu 489 mg, carbonat de magneziu 11 mg și trisilicat de magneziu 6 mg, în compoziție aromatizată (cutie cu 50 buc.).
Ac. — Antiacid gastric de tip neutralizant.
Ind. — Hiperaciditate gastrică, ulcer gastroduodenal.
Ad. — Cîte 1—2 comprimate (se sug sau se sfărîmă în gură) la 1—2 ore după mesele principale și la nevoie (în caz de pirozis și epigastralgii).
Ef. N. — Administrat îndelungat poate fi cauză de hipercalcemie, alcaloză și nefrocalcinoză (mai ales la bolnavii cu insuficiență renală).

Dietilstilbestrol (diethylstilbestrol[I], distilben)

P. — *Comprimate* conținînd dietilstilbestrol 1 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. — Estrogen de sinteză cu acțiune intensă, eficace oral; controlează și menține dezvoltarea organelor sexuale feminine, a caracterelor sexuale secundare și a glandelor mamare; controlează proliferarea endometrului, dezvoltarea deciduei și modificările ciclice cervicale și vaginale; dozele mici stimulează activitatea gonadotrofică și lactogenă a antehipofizei, iar dozele mari o deprimă; în ultima perioadă a sarcinii crește activitatea spontană a uterului și îl sensibilizează la ocitocice.
Ind. — Ca medicație de substituție în menopauză (tulburări vasomotorii și psihice, vaginită senilă, *kraurozis* și prurit vulvar, osteoporoză), amenoree primară,

Scanned with OKEN Scanner

pubertate întîrziată, amenoree secundară, sîngerări uterine funcționale (mai ales metropatie hemoragică); tumefierea dureroasă a sînilor *post partum* și pentru suprimarea lactației; tratamentul paliativ al cancerului de prostată și al cancerului mamar avansat, cu metastaze, după menopauză; acnee.

Ad. — Oral, 0,1—1 mg/zi în menopauză și în vaginita senilă; 1—3 mg/zi în prima jumătate a ciclului, 1 mg în ziua a 21-a, în insuficiența foliculinică moderată; 5—10 mg/zi 2—4 zile, pentru suprimarea lactației; 5—10 mg/zi în cancerul de prostată.

Ef. N. — Greață și vomă, hipertrofia endometrului și sîngerări uterine (la dozele mari), tumefierea dureroasă a sînilor, anorexie, dureri abdominale, diaree, retenție hidrosalină, oboseală, insomnie, anxietate, cefalee, ameteli, parestezii, erupții cutanate, reacții alergice diverse; diminuarea libidoului și ginecomastie la bărbați; s-au semnalat cazuri de carcinom vaginal la fetițe ale căror mame au fost tratate cu dietilstilbestrol în timpul sarcinii.

C.I. — Cancer de sîn la femeia în premenopauză, cancer genital la femeie, sarcină, perioada de creștere (este grăbită închiderea epifizară), boli hepatice, alergie specifică. Prudență în boli osoase (și alte afecțiuni însoțite de tulburarea metabolismului calciului și fosforului), diabet, epilepsie, migrenă, astm, boli cardiace și renale (unde retenția hidrosalină este dăunătoare), în caz de antecedente tromboembolice. În timpul tratamentului și 2 luni după oprire nu se fac probe funcționale hepatice, tiroidiene și suprarenale.

Digitalină

P. — *Soluție* hidroalcoolică glicerinată conținînd digitoxină 1 mg/ml sau 50 picături (flac. cu 10 ml).

Ac. — Tonicardiac cu acțiune intensă, crește forța de contracție a miocardului, compensează insuficiența car-

Scanned with OKEN Scanner

pubertate întîrziată, amenoree secundară, sîngerări uterine funcţionale (mai ales metropatie hemoragică); tumefierea dureroasă a sînilor *post partum* şi pentru suprimarea lactaţiei; tratamentul paliativ al cancerului de prostată şi al cancerului mamar avansat, cu metastaze, după menopauză; acnee.

Ad. — Oral, 0,1—1 mg/zi în menopauză şi în vaginita senilă; 1—3 mg/zi în prima jumătate a ciclului, 1 mg în ziua a 21-a, în insuficienţa foliculinică moderată; 5—10 mg/zi 2—4 zile, pentru suprimarea lactaţiei; 5—10 mg/zi în cancerul de prostată.

Ef. N. — Greaţă şi vomă, hipertrofia endometrului şi sîngerări uterine (la dozele mari), tumefierea dureroasă a sînilor, anorexie, dureri abdominale, diaree, retenţie hidrosalină, oboseală, insomnie, anxietate, cefalee, ameţeli, parestezii, erupţii cutanate, reacţii alergice diverse; diminuarea libidoului şi ginecomastie la bărbaţi; s-au semnalat cazuri de carcinom vaginal la fetiţe ale căror mame au fost tratate cu dietilstilbestrol în timpul sarcinii.

C.I. — Cancer de sîn la femeia în premenopauză, cancer genital la femeie, sarcină, perioada de creştere (este grăbită închiderea epifizară), boli hepatice, alergie specifică. Prudenţă în boli osoase (şi alte afecţiuni însoţite de tulburarea metabolismului calciului şi fosforului), diabet, epilepsie, migrenă, astm, boli cardiace şi renale (unde retenţia hidrosalină este dăunătoare), în caz de antecedente tromboembolice. În timpul tratamentului şi 2 luni după oprire nu se fac probe funcţionale hepatice, tiroidiene şi suprarenale.

Digitalină

P. — *Soluţie* hidroalcoolică glicerinată conţinînd digitoxină 1 mg/ml sau 50 picături (flac. cu 10 ml).

Ac. — Tonicardiac cu acţiune intensă, creşte forţa de contracţie a miocardului, compensează insuficienţa car-

Scanned with OKEN Scanner

diacă, mărind debitul cardiac, scăzînd presiunea venoasă, reducînd edemele și favorizînd diureza; micșorează frecvența cardiacă; întîrzie conducerea atrioventriculară, diminuînd ritmul ventricular în fibrilația atrială. Se absoarbe repede și complet din intestin; acțiunea se instalează lent (este maximă la 6—10 ore de la administrarea unei doze orale) și este durabilă (în condițiile digitalizării totale compensarea se menține cca 19 zile după oprimarea tratamentului), cu posibilitate de cumulare; rata de inactivare este de 7% pe zi.

Ind. — Insuficiență cardiacă cronică (congestivă); fibrilație și flutter atrial cu ritm rapid, mai ales cînd inima este insuficientă; este utilă îndeosebi pentru tratamentul de durată.

Ad. — Oral, inițial 10 picături (0,2 mg digitoxină) de 2 ori/zi ca tratament de atac (pînă la compensare, de obicei 4—8 zile), apoi 5—8 picături/zi (doza medie de întreținere este de 0,14 mg/zi). Pragul mediu de compensare este la 2 mg (cantitate de glicozidă în organism); dozarea trebuie strict individualizată, sub supravegherea medicală.

Ef.N. — Eficacitatea terapeutică maximă este adesea însoțită de efecte nedorite: greață, salivație, vomă, anorexie, diaree, dureri abdominale, cefalee, stare de rău, somnolență, dezorientare, tulburări de vedere, uneori bigeminism, tahicardie supraventriculară, flutter, tahicardie ventriculară, defecte de conducere; bloc; în cazuri extreme poate fi declanșată fibrilația ventriculară (favorizată de hipokaliemia prin tratament diuretic brutal); rareori urticarie, eozinofilie, trombocitopenie (alergică), ginecomastie.

C.I. — Tahicardie ventriculară; prudență în caz de leziuni miocardice acute (miocardită reumatismală, infarct de miocard), bloc cardiac parțial și în insuficiența renală (doze mici). Se vor evita sărurile de calciu intravenos și aminele simpatomimetice; prudență la bolnavii sub tra-

Scanned with OKEN Scanner

tament diuretic intensiv și la cei ce primesc extract paratiroidian sau doze mari de vitamină D; reserpina crește efectul bradicardizant.

Digitalis

P. — *Comprimate* conținînd pulbere de frunze de *Digitalis purpurea* 100 mg (tub cu 20 buc.).
Ac. și Ind. — Tonicardiac prin glicozidele conținute, în special prin digitoxină (digitalină), avînd acțiuni și indicații similare acesteia.
Ad. — 2 comprimate de 2 ori/zi (de obicei 4—8 zile) ca tratament de atac, 1—1 1/2 comprimat zilnic cu tratament de întreținere; doza trebuie strict individualizată sub control medical.
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru digitalină; acțiunea iritantă gastrică este mai marcată — nu se folosește pentru digitalizare rapidă, deoarece dozele mari provoacă frecvent greață și vărsături.

Digoxin (digoxin[I], lanoxin)

P. — *Comprimate* conținînd digoxină 0,25 mg (flac. cu 40 buc.); *soluție* hidroalcoolică glicerinată pentru uz intern (la copii) conținînd digoxină 0,5 mg/ml sau 50 picături (flac. cu 20 ml); *fiole* a 2 ml soluție conținînd digoxină 0,5 mg (cutie cu 5 buc).
Ac. — Glicozidă tonicardiacă cu acțiune rapidă și de scurtă durată — acțiunea apare la 1—2 ore și este maximă la 6 ore după administrarea orală, apare la 20 minute și este maximă la 1—3 ore după injectarea intravenoasă, decompensarea survine în medie după 5—6 zile de la oprirea medicației (la bolnavii complet digitalizați). Se absoarbe din intestin în proporție de 60—70%, rata de epurare este de 18—30% pe zi.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Insuficiență cardiacă, fibrilație atrială, digitalizare preoperatorie; este de ales pentru digitalizare rapidă.
Ad. — *Adulți:* inițial 1—1,5 mg oral sau 0,5—1 mg intravenos, apoi cîte 0,25 mg oral sau intravenos la fiecare 6 ore pînă la digitalizarea completă, continînd cu doze de întreținere de 0,25—0,75 mg oral zilnic; *copii:* oral, 0,02 mg/kg și zi.
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru digitoxină, dar pericolul toxicității cumulative este mai mic; injectarea intravenoasă trebuie făcută cu prudență, deși riscurile sînt mai mici decît pentru strofantină. Nou-născuții și imaturii sînt mai sensibili (prudență în dozare).

Dispezin

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd adrenalină 1 mg și extract de retrohipofiză corespunzător la 25 u.i. vasopresină (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Antiastmatic prin acțiune bronhodilatatoare și prin decongestionarea mucoasei bronșice.
Ind. — Criza de astm bronșic.
Ad. — Subcutanat 1/4—1 fiolă la nevoie.
Ef.N. — Anxietate, neliniște, tremor, slăbiciune, ameteli, cefalee, parestezii în extremități, palpitații, tahicardie, hipertensiune; rareori reacții alergice la extractul hipofizar.
C.I. — Hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, ateroscleroză cerebrală, aritmii cardiace ectopice, astm cardiac; alergie la extractul retrohipofizar.

Distonocalm

P. — *Drajeuri* conținînd propranolol 15 mg, alcaloizi totali din beladonă 0,25 mg, alcaloizi totali din secara cornută 0,30 mg și amobarbital 25 mg (flac. cu 20 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac.— Reechilibrant vegetativ și sedativ; inhibitor β-adrenergic prin propranolol, inhibitor α-adrenergic și deprimant simpatic central prin alcaloizii din secara cornută, parasimpatolitic și antiacetilcolinic central prin alcaloizii din beladonă, sedativ prin amobarbital.

Ind.— Sindrom psihovegetativ și alte tulburări neurovegetative, mai ales cînd predomină manifestările circulatorii.

Ad.— 1 drajeu de 2—4 ori/zi.

Ef.N.— Reacții alergice, uscăciunea gurii, constipație, tulburări de vedere (prin cicloplegie), spasme vasculare periferice.

C.I.— Insuficiență cardiacă, boli vasculospastice, sarcină, glaucom, ileus paralitic, adenom de prostată, reacții alergice la una din componente; prudență la astmatici, în blocul atrioventricular și la bolnavii predispuși la reacții hipoglicemice.

Diurocard

P.— *Drajeuri* conținînd clorură de amoniu 400 mg și acid benzoic 150 mg (flac. cu 50 buc.).

Ac.— Diuretic slab, acidifiant, expectorant.

Ind.— Stări edematoase (ca medicație adjuvantă); alcaloză metabolică; pentru acidifierea urinii; bronșite cu expectorație vîscoasă.

Ad.— Oral, 2—4 drajeuri de 4—5 ori/zi (la mese), în cure intermitente.

Ef.N.— Iritație gastrică, acidoză și intoxicație amoniacala (în condiții de insuficiență renală sau hepatică).

C.I.— Insuficiență hepatică sau renală, acidoză sistemică, insuficiență respiratorie severă, boală ulceroasă.

Scanned with OKEN Scanner

Dormital (amobarbital[I] sodium, amylobarbitone sodium, sodium amytal)

P. — *Comprimate* conținînd amobarbital sodic 100 mg (tub cu 10 buc.).
Ac. — Sedativ și hipnotic cu acțiune de durată medie (4—6 ore).
Ind. — Insomnie, stări anxioase, hiperexcitație nervoasă; pregătirea intervențiilor chirurgicale și a anesteziei generale; adjuvant al analgezicelor și antispasticelor.
Ad. — 1/4—1/2 comprimat de 2—3 ori/zi ca sedativ; 1 comprimat seara la culcare ca hipnotic.
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru ciclobarbital.

Ederen (acetazolamid[I], diamox, fonurit)

P. — *Comprimate* conținînd acetazolamidă 250 mg (cutie cu 20 buc.).
Ac. — Sulfamidă cu acțiune diuretică (inhibă carboanhidraza diminuînd schimbul tubular dintre Na^+ și H^+) — efectul este slab și se autolimitează repede; alcalinizează urina și acidifică mediul intern; antiglaucomatos, antiepileptic minor.
Ind. — Edeme cardiace (în asociație cu un diuretic mercurial), edeme de sarcină (ca adjuvant), tensiune premenstruală cu retenție hidrică, edeme medicamentoase; glaucom cronic simplu și, preoperator, în glaucomul acut congestiv; epilepsie (ca adjuvant în micul rău).
Ad. — 1—3 comprimate o dată/zi, la intervale de 2—3 zile ca diuretic; 1 comprimat de 1—4 ori/zi în glaucomul cronic simplu.
Ef.N. — Somnolență, parestezii ale feței și extremităților, mai rar oboseală, excitație, dezorientare (mai ales la cirotici), sete, tulburări gastrointestinale; uneori

Scanned with OKEN Scanner

erupții cutanate alergice; foarte rar agranulocitoză, trombocitopenie, leziuni renale; tratamentul prelungit favorizează apariția acidozei hipokaliemice și formarea calculilor renali (mai ales de calciu).
C.I. — Acidoză, stări de hiponatremie și hipokaliemie, boală Addison, litiază renală; alergie sau intoleranță la sulfamide; prudență la cirotici sau în alte condiții de dezechilibru electrolitic sever. Nu se folosește în timpul sarcinii.

Edetamin (sodium calcium edetate[I], calcium disodium versenate, mosatil)

P. — *Fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd sodiu calciu edetat 1 g (cutie cu 3 buc.).
Ac. — Chelează metalele, formînd complexe stabile lipsite de toxicitate, care se elimină renal.
Ind. — Intoxicație cu plumb și diferite elemente radioactive (cu excepția stronțiului).
Ad. — Perfuzii intravenoase lente cu soluția diluată 0,3—0,5‰, 30—50 mg/kilocorp și zi, în cure de 2—3 zile, cu pauze de 2—3 zile; injecții intramusculare.
Ef.N. — Greață, diaree, colici abdominale, febră, cefalee, mialgii; injectarea intravenoasă rapidă provoacă uneori somnolență și vertij; tratamentul repetat poate provoca nefroză toxică sau dermatită; injectarea intravenoasă de soluții concentrate poate fi urmată de tromboflebite.
C.I. — Boli renale; prudență la tuberculoși; nu se asociază cu barbituricele și sulfamidele.

Efedrină (ephedrine)

P. — *Comprimate* conținînd efedrină hcl. 50 mg (flac. cu 20 buc.); *fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd efedrină hcl. 10 mg sau 50 mg (cutie cu 10 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Vasoconstrictor, hipertensiv, decongestiv local, stimulant cardiac, bronhodilatator, antispastic gastrointestinal, midriatic prin acţiune simpatomimetică (eliberează noradrenalină); excitant al sistemului nervos central; stimulant al musculaturii striate. Efectul este relativ durabil.

Ind. — Hipotensiune prin rahianestezie, bloc cardiac complet cu sincopă; astm bronşic; *enurezis* nocturn; narcolepsie şi catalepsie, intoxicaţie acută cu deprimante centrale, miastenie gravă; febră de fîn, urticarie, boala serului; rinite acute (ca decongestiv local).

Ad. — *Adulţi:* oral 10—50 mg de 2—3 ori/zi, subcutanat 1 fiolă a 10 mg sau 50 mg; *copii:* oral sau subcutanat 2—10 mg/zi (după vîrstă).

Ef.N. — Nervozitate, insomnie, slăbiciune musculară, tremor, palpitaţii, sudoraţie, cefalee, greaţă, vomă; dozele mari pot deprima inima şi cresc glicemia. Dezvoltă tahifilaxie.

C.I. — Hipertensiune arterială, insuficienţă cardiacă, miocardită, aritmii ectopice, cardiopatii ischemice, hipertiroidism, stări de excitaţie centrală, insomnie; prudenţă în adenomul de prostată (îngreuiază micţiunea). Nu se asociază cu inhibitori de monoaminooxidază.

Efitard (ledercillin, protacillin)

P. — Flacoane conţinînd *pulbere* de procainpenicilină 300 000 u.i. şi benzilpenicilină potasică 100 000 u.i. sau *pulbere* de procainpenicilină 600 000 u.i. şi benzilpenicilină 200 000 u.i.

Ac. — Asociaţie de benzilpenicilină, cu acţiune rapidă şi de scurtă durată şi procainpenicilină, cu acţiune lentă şi prelungită; are proprietăţi bactericide faţă de majoritatea germenilor Gram-pozitivi, cocii Gram-negativi şi spirochete.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Infecții cronice cu germeni sensibili (cu excepția cazurilor grave), sifilis, profilaxia infecțiilor streptococice ale gîtului și a reumatismului poliarticular acut.
Ad. — Infecții intramusculare profunde, 400 000—800 000 u.i. la fiecare 12 ore.
Ef.N. și C.I. — Reacții alergice la penicilină, reacții alergice sau intoleranță la procainã. Procaina este incompatibilă cu sulfamidele și PAS-ul.

Electovit

P. — *Drajeuri* conținînd tiamină hcl. 6 mg, riboflavină 6 mg, piridoxină 3 mg, cianocobalamină 2 mcg, nicotinamidă 10 mg, pantotenat de calciu 10 mg, fosfat de calciu tribazic 50 mg (flac. cu 30 buc.).
Ac. și Ind. — Aceleași ca pentru Complex B.
Ad. — *Adulți:* 1—2 drajeuri de 2—3 ori/zi; *copii:* 1 drajeu de 3 ori/zi.

Emetină (emetin)

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd emetină hcl. 20 mg (cutie cu 10 sau 100 buc.).
Ac. — Amebocid.
Ind. — Amebiază intestinală, abcese amebiene hepatice.
Ad. — Subcutanat, *adulți* 60 mg/zi 2—3 zile (în dizenteria amebiană), 60 mg/zi 10 zile (în amebiaza hepatică); *copii:* 8—20 mg/zi, după vîrstă.
Ef.N. — Datorită toxicității cumulative tratamentul trebuie întrerupt la apariția semnelor de supradozare: hipotensiune, anorexie, greață, vomă, diaree, vertij; dozele toxice produc leziuni miocardice cu aritmii și insuficiență cardiacă, dureri musculare, prostrație. Durerea și inflamația la locul injectării sînt frecvente.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Boli cardiace, insuficiență renală și hepatică, sarcină; prudență la copii, bătrîni și debilitați; nu se injectează intravenos.

Emetiral (prochlorperazinI, compazine, stemetil)

P. — *Drajeuri* conținînd proclorperazină bis-maleat 5 mg (flac. cu 20 buc.); *supozitoare* conținînd proclorperazină bis-maleat 5 mg sau 25 mg (cutie cu 6 buc.).
Ac. — Derivat fenotiazinic cu acțiune antiemetică marcată; tranchilizant și antipsihotic.
Ind. — Greață și vomă de diferite cauze: postoperator, în boala de iradiație, reacții meningeale, intoleranță medicamentoasă etc.; migrenă, sindrom Ménière, labirintită; agitație psihomotorie în cadrul unor psihoze, tulburări de comportament de tip nevrotic etc.
Ad. — *Adulți:* oral 10—20 mg/zi fracționat (mai mult în psihoze) sau rectal 1 supozitor a 25 mg/zi; *copii:* oral 0,5 mg/kilocorp/zi, rectal — 1 supozitor a 5 mg/zi.
Ef.N. — Somnolență, ameteli, amenoree, erupții cutanate, hipotensiune; reacții extrapiramidale (mai ales la dozele mari și la copii cu boli acute sau deshidratați); foarte rar icter colestatic, leucopenie, agranulocitoză.
C.I. — Comă, intoxicație acută cu deprimante centrale, boli hepatice, insuficiență renală, ateroscleroză cerebrală avansată, hematopoieză deprimată, intoleranță la fenotiazine; prudență în timpul sarcinii. Nu se asociază cu deprimante centrale, se vor evita băuturile alcoolice; nu se folosește ambulator la șoferi, dispeceri etc.

Epaminon

P. — *Comprimate* conținînd aminofilină 50 mg, papaverină hcl 30 mg și fenobarbital 15 mg (flac. cu 40 buc.).
Ac. — Vasodilatator și antispastic cu acțiune blîndă.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Spasme vasculare periferice, în teritoriul pulmonar și cerebral, cardiopatii ischemice (ca medicație adjuvantă); colită spastică, diskinezie biliară hipertonă, astm bronșic, dismenoree.
Ad. — Cîte 1—4 comprimate după mesele principale.
Ef.N. — Rareori iritație gastrică și greață.
C.I. — Alergie sau intoleranță la una din componente; nu se asociază cu agozol, persantin și alte antianginoase de acest tip (cu excepția intensainului), deoarece aminofilina le antagonizează efectul.

Epifizan

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd principii activi din 100 mg epifiză proaspătă (cutie cu 10 buc.).
Ac — Inhibitor al gonadelor, slab inhibitor al tiroidei.
Ind. — Sindrom hipoepifizar (macrogenitosomie precoce), hiperexcitabilitate sexuală, hiperfoliculinie, dismenoree, menometroragii funcționale, tulburări de menopauză; în hipertiroidism ca medicație adjuvantă.
Ad. — Subcutanat sau intramuscular, la *adulți* o fiolă zilnic sau la două zile, în serii de 10—20 fiole/lună; la *copii* 3 fiole/săptămînă, în serii de 10 fiole.
C.I. — Sindrom hiperepifizar.

Epontol (propanidid[I])

P. — *Fiole* a 10 ml soluție apoasă, conținînd propanidid 500 mg (cutii cu 5 și 100 buc.).
Ac. — Anestezic general injectabil intravenos; inducția este rapidă, revenirea începe la 3—6 minute și este completă după 5—12 minute de la oprirea administrării. Potențează acțiunea curarizantă a suxametoniului.
Ind. — Pentru anestezie generală de scurtă durată sau pentru inducerea anesteziei.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — Intravenos, 5—10 mg/kg, sub formă de soluție 5%, injectată repede (10 ml în 20—30 secunde); doze mai mici la copii, bătrîni și la cașectici.

Ef.N. — Greață, vomă, contracții musculare, hiperpnee (urmată uneori de apnee), laringospasm în timpul inducției; rareori hipotensiune. Injectarea accidentală paravenos provoacă iritație și edem, trecătoare.

C.I. — Colaps, anemie hemolitică, boli convulsive, insuficiență renală, intoxicație acută cu alcool; prudență în dozarea suxametoniului.

Ergomet (ergometrin[I], ergobasin, ergonovine)

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd ergometrină maleat 0,2 mg (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Ocitocic, crește tonusul uterin și provoacă contracții fazice, ample (mai ales uterul gravid); acțiunea apare rapid (după 2—3 minute de la injecția intramusculară sau 1 minut de la injecția intravenoasă) și durează ceva mai mult de 2 ore; comprimarea vaselor și sinusurilor sanguine din miometru poate opri metroragia; acțiune vasoconstrictoare slabă.

Ind. — Profilaxia și controlul metroragiilor post *partum*, involuție uterină imperfectă, retenție de lohii; hemoragii în cursul operațiilor cezariene, metroragii postavort, meno- și metroragii grave.

Ad. — Intramuscular, 1—2 fiole; intravenos 1/2—1 fiolă (la nevoie se poate repeta după 1 oră); oral 1—2 fiole de 3 ori/zi.

Ef.N. și C.I. — Rareori greață și vomă, ischemie periferică (la doze mari), creșterea presiunii arteriale (la injectarea intravenoasă). Nu se folosește în travaliu deoarece contracțiile uterine puternice pot provoca moartea fătului sau ruptură uterină; se va evita înaintea expulziei

Scanned with OKEN Scanner

placentei. Prudenţă în toxemia gravidică, la hipertensive, în ateroscleroză, cardiopatii ischemice, boli vasculospastice periferice; nu se asociază cu vasoconstrictoare.

Eritromicină lactobionat

P. — Flacoane conţinînd *pulbere* de eritromicină lactobionat 350 000 u.i., echivalente la 300 mg eritromicină bază.
Ac. — Formă solubilă a eritromicinei, permite prepararea de soluţii injectabile care realizează concentraţii sanguine mari.
Ind. — Infecţii cu stafilococi, streptococi, pneumococi, difterie (în asociaţie cu antitoxina), gonoree, infecţii cu *H. influenzae;* este de ales în formele grave sau cînd administrarea orală a eritromicinei nu este posibilă.
Ad. — Intravenos, în injecţii lente, 1—2 g în 24 ore.
Ef.N. — Rareori reacţii alergice, suprainfecţii cu germeni rezistenţi, uneori iritaţia venei injectate. Soluţia este incompatibilă cu tetracichna hcl., ampicilina sodică, cloxacilina sodică, colistina sulfometilat, hidrocortizonul hemisuccinat şi heparina.
C.I. — Alergie specifică.

Eritromicină propionil (erythromycin-estolate, ilosone)

P. — *Comprimate* conţinînd propionileritromicină 217 mg, echivalent cu 200 mg eritromicină bază (flac. cu 25 buc.).
Ac. — Ester al eritromicinei, antibiotic bacteriostatic activ faţă de majoritatea germenilor Gram-pozitivi — stafilococi (inclusiv cei penicilinorezistenţi), streptococi, pneumococi, unii germeni Gram-negativi *(Neisseria, Haemophilus)*, spirochete, unele rickettsii, *Mycoplasma*

Scanned with OKEN Scanner

și *Entamoeba;* rezistența se dezvoltă lent. Antibioticul nu este inactivat de aciditatea gastrică și se absoarbe în proporție mare din intestin, realizînd concentrații sanguine mari.

Ind. — Infecții cu germeni sensibili: amigdalită și faringită acută streptococice, pneumonie pneumococică, bronșită acută cu pneumococi, bronhopneumonie și otită medie la copii, abcese, celulite, furuncule, plăgi infectate cu stafilococi (în infecțiile stafilococice grave se asociază cu alte antibiotice); sifilis și gonoree la bolnavi cu alergie la peniciline.

Ad. — *Adulți:* oral, 250 mg la fiecare 6 ore (în gonoree cîte 500 mg la 6 ore 4 zile, în sifilis 500 mg la 6 ore 10—15 zile, sub control medical); *sugari:* 10 mg/kilocorp și zi; *copii:* cîte 125 mg la 6 ore. Eritromicina nu se administrează în cură prelungită (dezvoltă repede rezistență).

Ef.N. — Disfuncție hepatică, icter (apar mai ales la administrare prelungită sau la repetarea curei și reprezintă probabil o reacție alergică); rareori greață și diaree, erupții cutanate alergice, reacții anafilactice.

C.I. — Alergie specifică, boli hepatice; este recomandabil ca să nu se administreze mai mult de 10 zile, iar cura să nu se repete.

Estradiol (estradiol[I]), progynon

P. — *Fiole* a 1 ml soluție uleioasă conținînd estradiol 25 000 u.i. (2,5 mg) (cutie cu 3 buc.).

Ac. — Hormon estrogen natural cu acțiune intensă; favorizează dezvoltarea tractului genital feminin, inhibă funcția hipofizei (în doze mari).

Ind. — Sindrom de menopauză, hipogenitalism și infantilism sexual (la femeie), oligomenoree cu hipogonadism, tumefacția sînilor post *partum;* vaginită senilă, prurit și *kraurozis* vulvar; cancer de sîn inoperabil la femeie în postmenopauză, carcinom de prostată.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — Intramuscular profund 5 000—25 000 u. zilnic sau de 2—3 ori/săptămînă (după situație).
Ef.N. — Sîngerări uterine, amenoree, oprirea creșterii (la tinere), greață, vomă, diaree, cefalee, retenție hidrosalină și edeme, tumefierea sînilor sau ginecomastie, vertij, cloasmă, icter colestatic, prurit și erupții alergice, depresie mintală, hipercalcemie (la doze mari).
C.I. — Antecedente de cancer sau leziuni precanceroase (cu excepția indicațiilor), tromboflebită, embolie pulmonară, boli hepatice, alergie specifică; prudență la cardiaci, renali, în epilepsie, la diabetice, în caz de antecedente psihotice, la tinere (în perioada de creștere).

Estrolent (estradiol undecylat[I], primogyn dépôt)

P. — *Fiole* a 1 ml soluție uleioasă conținînd estradiol undecilat 10 mg sau 25 mg (cutie cu 3 buc., respectiv 1 buc.).
Ac. și Ind. — Aceleași ca pentru estradiol; datorită acțiunii durabile este de preferat pentru tratament prelungit. Reprezintă preparatul de elecție în cancerul de prostată.
Ad. — Intramuscular 1 fiolă de 10 sau 25 mg o dată la 15 zile, sau după aviz; în cancerul de prostată 100 mg o dată la 3 săptămîni.
Ef. N. și C.I. — Aceleași ca pentru estradiol.

Estrotest

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd testosteron fenilpropionat 100 mg și estradiol undecilat 6 mg (cutie cu 3 buc.).
Ac. — Asociație de androgen și estrogen în proporție judicioasă; inhibă secreția hipofizară de hormoni gonadotropi și acționează sinergoantagonic în sfera genitală;

Scanned with OKEN Scanner

asigură reglarea fiziologică a echilibrului hormonal perturbat în menopauză, îndepărtează tulburările vasomotorii și psihice; stimulează anabolismul proteic și al țesutului osos; are efect prelungit.
Ind. — Tulburări de menopauză la femeie și bărbat, tulburări consecutive castrării; tumefacția sînilor post *partum* și pentru suprimarea lactației; osteoporoză, fracturi la vîrstnici.
Ad. — Intramuscular profund, 1 fiolă la 2—4 săptămîni.
Ef.N. — Stimulare androgenică și estrogenică excesivă, fenomene de virilizare (se suplimentează estrogenul), stimularea endometrului și a glandelor mamare (se suplimentează testosteronul). Creștere în greutate, edeme, icter colestatic, alopecie, hipercalcemie, greață, vomă, diaree ușoară, cefalee, tumefacția sînilor, vertij, cloasmă, erupții cutanate, amenoree, depresie mintală.
C.I. — Carcinom de prostată, carcinom de sîn la bărbat, carcinom de sîn la femeie în premenopauză, cancere genitale la femeie, boli hepatice, tromboflebită, alergie specifică, sarcină; prudență în epilepsie, migrenă, astm, boli cardiace și renale.

Etambutol (ethambutol[I], myambutol)

P. — *Comprimate* conținînd etambutol 250 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. și Ind. — Antituberculos-de releu cu un indice chimioterapic asemănător izoniazidei; se poate folosi și ca tratament inițial, asociat izoniazidei (la cel care nu suportă PAS).
Ad. — Oral 15—25 mg/kg și zi zilnic sau 40 mg/kg și zi de 2 ori pe săptămînă (în asociație cu alte antituberculoase).
Ef.N. — Tulburări de vedere prin nevrită optică (la 10% din bolnavi), uneori cu pierdere parțială a văzului (este necesar controlul oftalmologic); rareori erupții cutanate alergice, greață și vărsături, dureri abdominale,

Scanned with OKEN Scanner

cefalee, febră, pozitivarea trecătoare a unor probe hepatice, tulburări neuropsihice.
C.I. – Nevrită optică, alergie la etambutol. Nu se administrează la copii (sub 13 ani); prudență în sarcină, în insuficiența renală și la cei cu acuitate vizuală redusă.

Etinilestradiol (ethinylestradiol[I])

P. — *Comprimate* conținînd etinilestradiol 20 mcg și 50 mcg (cutie cu 30 buc.).
Ac. — Estrogen semisintetic eficace pe cale orală, are aceleași efecte, dar este mai activ ca estradiolul.
Ind. — Aceleași ca pentru estradiol.
Ad. — Oral, 10—150 mcg/zi în menopauză; 100 mcg de 3 ori/zi timp de 3 zile, apoi 100 mcg/zi 2 zile pentru suprimarea lactației; 1—2 mg/zi în carcinomul de prostată și în carcinomul mamar (postmenopauză).
Ef.N. — Aceleași ca pentru estradiol, dar mai puțin frecvente.
C.I. — Aceleași ca pentru estradiol.

Extract total de ochi

P. — *Fiole* a 1 ml conținînd extract total de ochi de bovidee, echivalent cu 1 g țesut ocular (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Acțiune trofică asupra ochiului.
Ind. — Afecțiuni oftalmologice diverse.
Ad. — Local sau în injecții subcutanate, 1 fiolă/zi.
Ef.N. și C.I. — Reacții alergice specifice.

Extraveral

P. — *Comprimate* conținînd extract uscat de valeriană 50 mg, extract uscat de *Crataegus* 30 mg, fenobarbital 20 mg (flac. cu 20 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Sedativ.
Ind. — Stări de excitaţie nervoasă, isterie.
Ad. — 1—2 comprimate de 2—3 ori/zi.
Ef.N. şi C.I. — Alergie la barbiturice.

Faringosept (ambazon[I], iversal)

P. — *Comprimate* conţinînd ambazonă 10 mg (cutie cu 20 buc.).
Ac. — Antiseptic activ mai ales faţă de *Streptococcus pyogenes*, *S. pneumoniae* şi *S. viridans*.
Ind. — Profilaxia şi tratamentul infecţiilor bucofaringiene: angină, gingivită, stomatită; după amigdalectomie şi extracţii dentare.
Ad. — 1 comprimat (pentru supt) de 3—5 ori/zi.
Ef.N. — Iritaţie uşoară a mucoasei bucale (în cazul administrării prea frecvente).

Fasconal

P. — *Comprimate* conţinînd acid acetilsalicilic 200 mg, fenacetină 200 mg, cafeină citrică 50 mg, codeină fosforică 10 mg, fenobarbital 25 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Analgezic şi antipiretic prin acidul acetilsalicilic şi fenacetină, analgezic prin codeină; cafeina şi fenobarbitalul potenţează efectul analgezic.
Ind. — Cefalee, nevralgii, mialgii, stări febrile, gripă.
Ad. — 1—2 comprimate la nevoie, 3—5 comprimate/zi.
Ef.N. — Erupţii cutanate alergice, fenomene de iritaţie a mucoasei digestive (prin acidul acetilsalicilic); administrarea prelungită de doze mari poate fi cauză de leziuni renale, leziuni hepatice şi methemoglobinemie (prin fenacetină).
C.I. — Alergie la una din componente, intoleranţă digestivă; prudenţă la renali, hepatici, anemici şi în condiţii de hipoxie. Se va evita la copiii mici.

Scanned with OKEN Scanner

Fedrocaln

P. — Soluţie pentru uz extern conţinînd sulfacetamidă sodică 2 g, efedrină hcl. 1 g, clorură de sodiu 0,6 g, cloretonă 0,5 g, apă distilată la 100 g (flac. cu 20 ml).
Ac. — Bacteriostatic prin sulfacetamidă, decongestiv prin efedrină.
Ind. — Rinite acute.
Ad. — Instilaţii nazale, 3—4 picături în fiecare nară de 3—4 ori/zi.
Ef.N. — Sensibilizare la sulfacetamidă (se va folosi cu discernămînt); dacă instilaţiile sînt prea frecvente se dezvoltă toleranţă acută la efectul decongestiv al efedrinei.
C.I. — Alergie la sulfamide.

Fehinizon

P. — *Drajeuri* conţinînd fenilbutazonă 100 mg, hidroxid de aluminiu 95 mg şi cloropiramină 4 mg (flac. cu 40 buc.).
Ac. — Antiinflamator, antireumatic prin fenilbutazonă; asocierea hidroxidului de aluminiu (antiacid) şi a cloropiraminei (antihistaminic) atenuează sau evită fenomenele de iritaţie gastrică şi reacţiile alergice.
Ind. — Aceleaşi ca pentru fenilbutazonă.
Ad. — 1—2 drajeuri de 2—3 ori/zi, după mese.
Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru fenilbutazonă, dar fenomenele de iritaţie gastrică (inclusiv acţiunea ulcerigenă) sînt diminuate, iar riscul reacţiilor alergice este mai mic.

Fenacemid (phenacemid[I], trinuride)

P. — *Comprimate* conţinînd fenacemidă 200 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Anticonvulsivant, antiepileptic.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Forme de epilepsie rezistente la alte tratamente, epilepsie psihomotorie.

Ad. — *Adulți:* 6—8 comprimate/zi (fracționat, după mese); se poate crește treptat la 10—15 comprimate (2—3 g)/zi; *copii:* 1/2 comprimat de 3 ori/zi.

Ef.N. — Anorexie, greață, vomă, cefalee, amețeli, pierdere în greutate, erupții cutanate, parestezii, stare de rău, febră, icter prin hepatită toxică, nefrită, leucopenie, anemie aplastică, insomnie, modificări de comportament mergînd pînă la psihoze toxice. Este un medicament toxic, care trebuie folosit numai în cazuri selecționate și dozat cu multă prudență. La începutul tratamentului este necesar examenul lunar al sîngelui, urinii și funcției hepatice.

C.I. — Stări de deprimare a hematopoiezei, afecțiuni hepatice, psihoze, sarcină, alergie specifică; prudență în caz de antecedente psihotice. Modificările de comportament evidente, semnele de afectare hepatică, deprimarea hematopoiezei, apariția de erupții cutanate, impun oprirea medicației. Prudență în asocierea cu antiepileptice sau alte medicamente cu același tropism toxic.

Fenilbutazonă (phenylbutazon[I], butazolidine)

P. — *Drajeuri* conținînd fenilbutazonă 200 mg (flac. cu 20 buc.); *supozitoare* conținînd fenilbutazonă 250 mg (cutie cu 6 buc.); *unguent* conținînd fenilbutazonă 4 g, camfor 3 g, cloroform 2 g, mentol 1 g, excipient pînă la 100 g (tub cu 20 g).

Ac. — Antiinflamator, antireumatic cu acțiune intensă; slab analgezic, antipiretic și antispastic; crește eliminarea urinară de acid uric.

Ind. — Reumatism poliarticular acut, poliartrită reumatoidă, spondilartrită anchilozantă, artroze, periartrite, miozite; accesul de gută; tromboflebite superficiale.

Scanned with OKEN Scanner

Unguentul se folosește în inflamații și dureri de natură reumatismală, traumatică (contuzii, entorse, clacaj muscular la sportivi, bursite, tendinite) sau circulatorie (tromboze varicoase, seçhele flebitice, degerături).

Ad. — *Adulți:* 1 drajeu de 2—4 ori/zi (după mese) sau 2—3 supozitoare/zi, 8—12 zile, apoi eventual întreținere cu 1 drajeu sau un supozitor/zi; *copii* (peste 6 ani): 5—10 mg/kilocorp și zi. Unguentul se aplică local, pe piele, de 2—3 ori/zi.

Ef.N. — Iritație gastrică cu hipersecreție, greață, dureri epigastrice, uneori fenomene hemoragice, eventual activarea ulcerului, chiar perforație; retenție hidrosalină; reacții alergice de tip anafilactic; rareori necroză tubulară renală, necroză hepatică, dermatită (poate evolua către o formă exfoliativă); gușă, mixedem, leucopenie, trombopenie, agranulocitoză, anemie aplastică.

C.I. — Ulcer gastroduodenal, leucopenie, stări hemoragice (trombopenie, coagulopatii), insuficiență cardiacă, hipertensiune arterială, insuficiență renală, insuficiență hepatică, afecțiuni tiroidiene, sarcină în primul trimestru, alergie la analgezice de tipul aminofenazonei; prudență la bătrîni și debili (doze mici). Prudență în asocierea cu anticoagulantele și antidiabeticele orale (a căror acțiune este crescută). Tratamentul se face sub control medical. Unguentul nu se aplică pe pielea lezată.

Feniramin (pheniramin I, avil, trimeton)

P. — *Comprimate* conținînd feniramină p. aminosalicilică 50 mg sau 10 mg (cutie cu 20 buc.); fiole a 2 ml soluție apoasă conținînd feniramină p-aminosalicilică 50 mg (cutie cu 5 sau 100 buc.).

Ac. — Antihistaminic și antialergic cu durată medie de acțiune (4—6 ore); sedativ și hipnotic slab.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Urticarie, edem angioneurotic, rinite alergice, boala serului, exanteme medicamentoase şi alte afecţiuni alergice de tip anafilactic; înţepături de insecte, prurit, insolaţie; profilaxia reacţiilor transfuzionale.
Ad. — *Adulţi:* 1 comprimat de 50 mg de 3—4 ori/zi (după mese) sau în urgenţe 1 fiolă intramuscular sau intravenos lent; *copii:* 1/2—1 comprimat de 10 mg de 2—3 ori/zi.
Ef.N. — Somnolenţă uşoară, oboseală, nervozitate, uscăciunea gurii, cefalee, ameţeli, parestezii, greaţă.
C.I. — Prudenţă în folosirea ambulatorie la persoane a căror profesie impune atenţie şi îndemînare; se vor evita băuturile alcoolice.

Feniramin R

P. — *Comprimate* retard conţinînd 100 mg feniramină p-aminosalicilică (flac. cu 10 buc.).
Ac. — Antihistaminic şi antialergic cu acţiune prelungită (15—20 ore); sedativ şi hipnotic slab.
Ind. Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru feniramină.
Ad. — Un comprimat seara la culcare; la nevoie încă un comprimat dimineaţa.

Fenisan (diphesatine, isacen, oxyphenisatin)

P. — *Comprimate* conţinînd difesatină 5 mg (flac. cu 40 buc.).
Ac. — Laxativ şi purgativ prin iritarea colonului; efectul apare după 6—12 ore.
Ind. — Constipaţie funcţională.
Ad. — 1—2 comprimate seara la culcare.
Ef.N. — Rareori colici intestinale, iritaţie rectală; s-au semnalat cazuri grave de hepatită şi icter (idiosincrazic).
C.I. — Apendicită, leziuni ulcerative ale mucoasei colonului, ileus mecanic, abdomen acut, boli hepatice.

Scanned with OKEN Scanner

Fenitoin (phenytoin[I], dilantin)

P. — *Comprimate* conținînd fenitoină 100 mg (flac. cu 20 buc.).

Ac. — Hidantoină cu acțiune anticonvulsivantă antiepileptică; antimigrenos, antinevralgic; acțiune hipnotică slabă; antiaritmic cardiac, liniștește focarele de automatism ectopic, fără să deprime conducerea atrioventriculară.

Ind. — Epilepsie majoră și unele cazuri de epilepsie psihomotorie; migrenă, nevralgie trigeminală; aritmii digitalice.

Ad. — *Adulți:* 1 comprimat de 2—4 ori/zi, se poate crește la 2 comprimate de 3 ori/zi; *copii:* 1/2—2 comprimate/zi (după vîrstă). Se administrează obișnuit înainte de mese cu apă; în caz de iritație gastrică se administrează după mese.

Ef.N. — Ameteli, greață și vomă, constipație, erupții cutanate, hiperplazie gingivală, hirsutism (uneori, la femei tinere), febră, tulburări de vedere, tremor, ataxie, confuzie mintală, halucinații, leucopenie, pancitopenie, anemie megaloblastică, dermatită exfoliativă, sindrom de tip lupus eritematos, sindrom Stevens-Johnson (ultimele impun întreruperea imediată a tratamentului). În general efectele nedorite sînt frecvente și uneori grave; este necesar controlul hematologic periodic.

C.I. — Alergie sau intoleranță la fenitoină, leucopenie și anemie marcată; prudență la hepatici, la renali, la bolnavii care primesc hormoni tiroidieni și în sarcină. Atenție la dozare cînd se asociază anticoagulante cumarinice (Trombostop), disulfiram (Antalcol) și izoniazidă, deoarece acestea potențează fenitoina; se va evita ingestia de băuturi alcoolice.

Scanned with OKEN Scanner

Fenobarbital (phenobarbital[I], gardenal, luminal)

P. — *Comprimate* conținînd fenobarbital 100 mg (flacon sau plic cu 10 buc.) sau 15 mg (cutie cu 10 buc.); *fiole* a 2 ml soluție în propilenglicol, conținînd fenobarbital 200 mg (cutie cu 5 buc.).

Ac. — Hipnotic cu acțiune de lungă durată (8 ore), sedativ, anticonvulsivant, slab antispastic și vasodilatator; potențează efectul analgezicelor antipiretice.

Ind. — Insomnii (pentru menținerea somnului); stări de hiperexcitație și anxietate, afecțiuni medicale cu componentă corticovisceralã, distonii neurovegetative; mare rău epileptic, convulsii ale sugarului; pregătirea intervențiilor chirurgicale și a anesteziei generale.

Ad. — *Adulți:* 1 comprimat a 100 mg seara la culcare ca hipnotic, 1 comprimat de 2—3 ori /zi ca antiepileptic, 1—2 comprimate a 15 mg ca sedativ; 1/2—1 fiolă intramuscular în urgențe; *copii:* oral 20—100 mg/zi (după vîrstă).

Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru ciclobarbital; somnolența la trezire este relativ frecventă; erupțiile cutanate pot îmbrăca aspecte grave — dermatită exfoliativă — la repetarea medicației; rareori anemie megaloblastică. Administrarea prelungită duce uneori la intoxicație cronică cu deprimare centrală, cefalee, greutate în vorbire, tulburări vizuale, hematoporfirinurie și albuminurie; tratamentul îndelungat cu doze mari poate provoca toleranță și dependență, întreruperea medicației fiind însoțită de tulburări de somn și tulburări psihice. Fenobarbitalul scade eficacitatea anticoagulantelor cumarinice, a antihistaminicelor, griseofulvinei și a unor hormoni steroizi, prin stimularea metabolizării lor hepatice (se recomandă doze mai mari din acestea, iar la oprirea administrării barbituricului, scăderea dozelor); acțiunea deprimantă centrală a fenobarbitalului poate fi crescută prin alcool, alte barbiturice și sedative, sulfamide antidiabetice, imipramină (prudență în asociere).

Scanned with OKEN Scanner

Fenosept

P. — *Soluție* apoasă pentru uz extern conținînd fenilhidrargir boric 2‰ (flac. cu 100 ml).
Ac. — Antiseptic organomercurial.
Ind. — Antisepsia mîinilor, a plăgilor și a instrumentelor.
Ad. — Local — soluția 2‰ se diluează de 5—40 de ori, după situație.
Ef.N. — Soluțiile concentrate provoacă iritația pielii; rareori erupții cutanate eritematoase sau veziculare.
C.I. — Alergie specifică.

Fibrinogen uman

P. — *Masă buretoasă* conținută în flacoane a 1 g (cutie cu 2 flacoane fibrinogen și 2 flacoane apă bidistilată apirogenă).
Ac. — Substituent al fibrinogenului din sînge; reface coagulabilitatea normală în sindroamele hemoragice prin deficit de fibrinogen.
Ind. — Intravenos, în stări hemoragice prin hipo- sau afibrinogenemie, sindroame fibrinolitice în cursul complicațiilor sarcinii, după traumatisme, arsuri grave, intervenții chirurgicale majore (mai ales în domeniul toracic, pancreatic sau uterin), în boli hepatice severe, boli extensive ale măduvei hematopoietice (de exemplu leucemie mieloidă), cancer diseminat (mai ales al vezicii urinare, prostatei și stomacului), unele cazuri de tuberculoză gravă, în faza terminală. Local (în asociație cu trombina) pentru favorizarea prinderii grefelor cutanate sau mucoase, pentru fixarea suturii nervoase.
Ad. — În perfuzie intravenoasă lentă 2—8 g. Soluția se folosește în prima oră de la dizolvare; este obligator ca perfuzorul să fie prevăzut cu filtru. Local, în soluție 1—2% asociat cu trombină.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Poate favoriza tromboza (uneori este necesară protecția cu heparină); există riscul transmiterii virusului hepatitei.

Fier polimaltozat (astrafer, dextriferron, ferrum Hausmann intramuscular)

P. — *Fiole* a 2 ml soluție apoasă 5% fier-dextrin, corespunzător la 100 mg fier (cutie cu 5 sau 10 buc.).
Ac. — Aport de fier în formă injectabilă intramuscular; corectează specific anemiile prin deficit de fier.
Ind. — Anemii feriprive la bolnavi care nu absorb sau nu suportă preparatele orale de fier: malabsorbție, colită ulceroasă, enterită regională etc.; deficit grav de fier, mai ales în ultimul trimestru de sarcină.
Ad. — Intramuscular strict, în prima zi 1 ml (50 mg fier), apoi cîte 2 ml zilnic sau la 2 zile; doza totală se calculează pentru a reface hemoglobina (150 mg fier pentru fiecare gram hemoglobină lipsă) și depozitele (400 mg—1 g).
Ef.N. — Congestia feței, cefalee, greață, vomă, sudorație, febră, dureri generalizate, artralgii tardive, poliadenopatie, foarte rar reacții anafilactice; injecția poate fi dureroasă, uneori limfadenită regională; pigmentarea locală se evită prin injectarea profundă cu deplasarea prealabilă a pielii.
C.I. — Hemocromatoză, stări de deprimare a măduvei hematopoietice, boli hepatice grave, insuficiență renală acută, idiosincrazie la fier injectabil.

Fintozid

P. — *Drajeuri* conținînd pasiniazidă 100 mg (flac. cu 100 buc.).
Ac. — Tuberculostatic cuprinzînd în moleculă izoniazidă (prin care este activ) și acid p-aminosalicilic.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Toate formele de tuberculoză.
Ad. — *Adulți:* 10—20 mg/kilocorp și zi, în 3 prize, la mese; *copii:* 20—30 mg/kilocorp și zi.
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru izoniazidă.

Fiobilin (acidum dehydrocholicum[I], decholin)

P. — *Comprimate* conținînd acid dehidrocolic 250 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. — Hidrocoleretic cu acțiune rapidă și intensă, înlătură staza biliară, spală căile biliare și întîrzie ascensiunea infecțiilor colangitice, previne îngroșarea bilei și formarea calculilor; slab laxativ.
Ind. — După intervenții chirurgicale recente pe căile biliare, în litiaza biliară recurentă, angiocolita recurentă, diskinezia biliară, obstrucția parțială cronică a coledocului, în caz de drenaj prelungit al coledocului infectat prin fistulă biliară sau tub T.
Ad. — 1—2 comprimate după mese.
Ef.N. — Diaree.
C.I. — Afecțiuni hepatobiliare acute, insuficiență hepatică gravă, ciroză avansată, icter mecanic, diaree; alergie specifică.

Fitomenadionă (phytomenadion[I], konakion, vitamină K_1)

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd fitomenadionă 10 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Vitamină K naturală, acționează antihemoragic prin favorizarea sintezei hepatice a protrombinei; efectul este mai rapid — se instalează în 3—5 ore —, mai intens și mai prelungit decît în cazul analogilor de sinteză.
Ind. — Intoxicație acută cu anticoagulante cumarinice; profilactic sau curativ în alte sîngerări prin hipoprotrom-

Scanned with OKEN Scanner

binemie sau hipovitaminoză K; la nou-născut, în cursul tratamentului cu salicilaţi, în icterul obstructiv, bolile hepatice (eficacitatea este slabă) sau intestinale, în cazul folosirii îndelungate de antibiotice administrate oral etc.

Ad. — Intravenos lent, 2—10 mg/zi (în intoxicaţia acută cu cumarinice se pot injecta pînă la 40 mg/zi); la nou-născut 1 mg o dată (se poate repeta după 8 ore).

Ef.N. — Injectarea intravenoasă rapidă poate provoca congestia feţei, sudoraţie, senzaţie de constricţie toracică, dispnee, cianoză, tahicardie, colaps; la nou-născuţi poate fi cauză de hiperbilirubinemie.

Fluocinolon acetonid (fluocinolon acetonid[I], synalar)

P. — *Cremă*, *unguent* (pomadă) şi *spray* conţinînd fluocinolon acetonid 0,025% (tub cu 12 g, flac. cu 80 ml).

Ac. — Preparat cortizonic rezervat uzului dermatologic; foarte activ ca antiinflamator, antialergic şi antiprurigenos.

Ind. — Dermatită atopică, neurodermită, dermatită de contact, dermatită seboreică, dermatită eczematoasă, prurit anal, lichen simplex, eczemă numulară, intertrigo, dermatită exfoliativă, psoriazis. Unguentul este de ales în prezenţa leziunilor uscate, cînd se urmăreşte şi un efect emolient; *spray*-ul este de ales cînd leziunile interesează zone piloase, greu accesibile sau în dermatozele extinse, zemuinde.

Ad. — Aplicaţii pe piele în strat subţire, de 2—3 ori/zi; la nevoie crema se poate aplica sub pansament ocluziv. *Spray*-ul se aplică de 2—3 ori/zi (se protejează ochii, se evită inhalarea).

Ef.N. — Favorizarea infecţiilor locale (prezenţa infecţiilor bacteriene sau fungice impun tratament antibiotic spe-

Scanned with OKEN Scanner

cific). Rareori iritație locală, prurit, hipertricoză, erupții acneiforme, hipopigmentare; tratamentul prelungit provoacă uneori atrofia locală a pielii, vergeturi, telangiectazii. Aplicarea pe suprafețe mari, mai ales sub pansament ocluziv, poate fi cauză de fenomene cortizonice sistemice.

C.I. — Leziuni cutanate tuberculoase, fungice sau virotice (inclusiv herpes simplex, vaccină, varicelă); reacții alergice la una din componente. Prudență în timpul sarcinii.

Fluocinolon N (Synalar N)

P. — *Cremă* și *unguent* (pomadă) conținînd fluocinolonă acetonid 0,025% și neomicină sulfat 0,5% (tub cu 12 g); *flacon spray* de 80 ml.

Ac. — Preparat care asociază un derivat cortizonic pentru uz dermatologic, foarte activ ca antiinflamator, antialergic și antipruriginos și un antibiotic cu spectru larg eficace împotriva multor germeni Gram-pozitivi și Gram-negativi întîlniți în bolile dermatologice.

Ind. — Aceleași ca pentru fluocinolon; este avantajos în dermatitele acute sau cronice infectate (cu germeni sensibili la neomicină); unguentul este de ales în caz de leziuni uscate, iar *spray*-ul pentru regiunile păroase sau greu accesibile și în prezența leziunilor întinse sau zemuinde, care nu tolerează crema.

Ad. — Aplicații pe piele, de 2—3 ori/zi.

Ef.N. — Suprainfecții cu germeni rezistenți, inclusiv ciuperci; aplicarea repetată pe suprafețe întinse poate fi cauză de efecte cortizonice sistemice. Rareori iritație locală, prurit, hipertricoză, hipopigmentare. *Spray*-ul poate provoca senzație de arsură trecătoare; este iritant pentru ochi (cînd se aplică pe față este necesară protejarea ochilor).

Scanned with OKEN Scanner

cific). Rareori iritație locală, prurit, hipertricoză, erupții acneiforme, hipopigmentare; tratamentul prelungit provoacă uneori atrofia locală a pielii, vergeturi, telangiectazii. Aplicarea pe suprafețe mari, mai ales sub pansament ocluziv, poate fi cauză de fenomene cortizonice sistemice.

C.I. — Leziuni cutanate tuberculoase, fungice sau virotice (inclusiv herpes simplex, vaccină, varicelă); reacții alergice la una din componente. Prudență în timpul sarcinii.

Fluocinolon N (Synalar N)

P. — *Cremă* și *unguent* (pomadă) conținînd fluocinolonă acetonid 0,025% și neomicină sulfat 0,5% (tub cu 12 g); *flacon spray* de 80 ml.

Ac. — Preparat care asociază un derivat cortizonic pentru uz dermatologic, foarte activ ca antiinflamator, antialergic și antipruriginos și un antibiotic cu spectru larg eficace împotriva multor germeni Gram-pozitivi și Gram-negativi întîlniți în bolile dermatologice.

Ind. — Aceleași ca pentru fluocinolon; este avantajos în dermatitele acute sau cronice infectate (cu germeni sensibili la neomicină); unguentul este de ales în caz de leziuni uscate, iar *spray*-ul pentru regiunile păroase sau greu accesibile și în prezența leziunilor întinse sau zemuinde, care nu tolerează crema.

Ad. — Aplicații pe piele, de 2—3 ori/zi.

Ef.N. — Suprainfecții cu germeni rezistenți, inclusiv ciuperci; aplicarea repetată pe suprafețe întinse poate fi cauză de efecte cortizonice sistemice. Rareori iritație locală, prurit, hipertricoză, hipopigmentare. *Spray*-ul poate provoca senzație de arsură trecătoare; este iritant pentru ochi (cînd se aplică pe față este necesară protejarea ochilor).

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Leziuni cutanate tuberculoase, fungice, *herpes simplex*, vaccină, varicelă; reacţii alergice la neomicină sau la una din componentele cremei, unguentului sau *spray*-ului. Prudenţă în sarcină.

Fobenal

P. — *Comprimate* conţinînd alcaloizi totali din rădăcina de beladonă 0,25 mg şi fenobarbital 30 mg (tub cu 20 buc.).
Ac. — Antispastic şi antisecretor prin acţiunea parasimpatolitică a atropinei; sedativ şi slab antispastic prin fenobarbital.
Ind. — Spasme ale musculaturii netede gastrointestinale şi biliare, dureri ulceroase, hipersecreţie gastrică, ptialism, constipaţie spastică, spasme ureterale, dismenoree; tendinţă lipotimică la hipervagotoni, sindrom de sinus carotidian.
Ad. — 1 comprimat de 4 ori/zi.
Ef.N. — Uscăciunea gurii, palpitaţii, tulburări de vedere, constipaţie, retenţie urinară (prin atropină), rareori erupţii cutanate alergice (prin fenobarbital).
C.I. — Glaucom, ileus paralitic, stenoză pilorică organică, adenom de prostată, aderenţe organizate între iris şi cristalin; alergie la barbiturice. Prudenţă în cardiopatiile ischemice grave, insuficienţa cardiacă şi la bătrîni.

Foladon (bellafoline)

P. — *Comprimate* conţinînd alcaloizi totali din rădăcina de beladonă 0,25 mg (tub cu 20 buc.).
Ac. — Antispastic şi antisecretor prin acţiune parasimpatolitică.
Ind. — Ulcer dureros, hipersecreţie gastrică, ptialism, constipaţie spastică, spasme ale căilor biliare, spasme

Scanned with OKEN Scanner

ureterale, dismenoree; tendinţă lipotimică la hipervagotoni, sindrom de sinus carotidian.
Ad. — 1 comprimat de 4 ori/zi.
Ef.N. şi C.I — Aceleaşi ca pentru sulfat de atropină.

Folcisteină U

P. — *Fiole* a 5 ml soluţie apoasă conţinînd l-cisteină hcl. 250 mg, acid folic 5 mg, lidocaină 21,5 mg, acid clorhidric conc. 9,1 mg, metenamină 250 mg, benzoat de sodiu 6 mg, metabisulfit de potasiu 7,5 mg, clorură de sodiu 30 mg, acid sulfosalicilic 25 mg, carbonat de calciu 8,75 mg, carbonat de litiu 0,8 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Trofic general şi trofic hepatic, acţionează ca donator de grupări metil.
Ind. — Astenie nervoasă, astenie sexuală, tulburări de climacteriu, migrene, poliartroze, hepatite cronice, alopecie, sclerodermie.
Ad. — Intramuscular profund, 1 fiolă la 2 zile, în serii.
Ef.N. şi C.I. — Utilizarea inadecvată poate întîrzia diagnosticul şi instituirea unui tratament corect în anemia pernicioasă; lidocaina poate fi rareori cauză de reacţii alergice.

Fosfobion (triphosadenine, ATP)

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd adenozintrifosfat monosodic 10 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Vasodilatator, coronarodilatator cu acţiune slabă; este considerat ca trofic pentru miocard, musculatura striată, ficat, sistemul nervos central.
Ind. — Ca medicaţie adjuvantă în cardiopatii ischemice, tulburări circulatorii periferice, tahicardie paroxistică atrială, miocardoză, insuficienţă cardiacă, boli distrofice

Scanned with OKEN Scanner

și atrofice ale musculaturii striate, afecțiuni reumatice, hepatită cronică, scleroză în plăci, poliomielită, parkinsonism.

Ad. — Intramuscular sau intravenos lent, 1—2 fiole/zi.

Fricție galenica

P. — *Soluție* conținînd mentol 0,35 g, eter acetic 4,06 g, alcool 39,66 g, apă distilată pînă la 100 ml (flac. cu 50 sau 100 ml).

Ac., Ind., Ad., Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru carmol.

Fructoză (laevulose)

P. — *Fiole* a 100 ml soluție apoasă conținînd fructoză 20%.

Ac. — Monozaharidă asimilată și metabolizată cu ușurință, participă la metabolismul glucidic chiar în absența insulinei, se transformă în glicogen, reface rezervele energetice, protejează proteinele de catabolizare, grăbește metabolizarea alcoolului etilic.

Ind. — Boli hepatice parenchimatoase, insuficiență cardiacă, caşexie și alte forme de denutriție, insuficiență renală, intoxicație acută cu alcool etilic, distrofie musculară, vărsături de sarcină.

Ad. — În perfuzie intravenoasă lentă, dozată după caz (a nu se depăși 800 mg/kilocorp și oră).

Ef.N. — Congestia feței, epigastralgie, sudorație (dozele mari); în caz de intoleranță poate provoca hipoglicemie, leziuni hepatice și renale; tromboflebită locală.

C.I. — Intoleranță, intoxicație acută cu metanol (favorizează oxidarea în formaldehidă); la diabetici trebuie stabilită în prealabil toleranța la fructoză.

Scanned with OKEN Scanner

Ftalilsulfatiazol (phtalilsulfathiazol[I])

P. — *Comprimate* conținînd ftalilsulfatiazol 500 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Sulfatiazolul activ, eliberat în colon, inhibă temporar flora microbiană intestinală, micșorînd numărul de *E. coli*, *Cl. welchii* și streptococi.
Ind. — Pregătirea preoperatorie pentru intervențiile pe colon; colită ulceroasă, dizenterie bacilară.
Ad. — Oral, 5—8 g/zi, fracționat la 4—6 ore (3—5 zile ca pregătire preoperatorie, 7 zile în dizenterie, în cure intermitente pentru colita ulceroasă).
Ef.N. — Rareori cefalee, anorexie, greață, febră, erupții cutanate, fotosensibilizare, foarte rar hepatite, leucopenie, anemie hemolitică, eritem multiform, sindrom Stevens-Johnson (se întrerupe medicația); tratamentul îndelungat favorizează suprainfecțiile și deficitul de vitamină K și de vitamine din complexul B.
C.I. — Obstrucție intestinală, hipersensibilitate la sulfamide, sarcină la termen, nou-născuți; prudență în bolile hepatice sau renale și în discraziile sanguine.

Furazolidon (furazolidon[I], furoxone)

P. — *Comprimate* conținînd furazolidon 100 mg sau 25 mg (flac. cu 20 buc., plic cu 10 buc.).
Ac. — Antimicrobian activ față de germenii enterici patogeni obișnuiți. Este inhibitor de monoaminooxidază.
Ind. — Enterite acute și subacute: paratifos A și B, dizenterie bacilară, diaree estivală etc.
Ad. — *Adulți:* 1 comprimat a 100 mg de 4 ori/zi; *copii:* 1/4—2 comprimate a 25 mg de 4 ori/zi (după vîrstă) sau 5 mg/kilocorp și zi.
Ef.N. — Uneori cefalee, greață, vomă (la doze mari), erupții cutanate alergice, febră, artralgii, agranulocitoză,

Scanned with OKEN Scanner

anemie hemolitică (la cei cu deficit de glucozo-6-fosfat-dehidrogenază), intoleranţă la alcool (reacţii de tip disulfiram); urina se colorează în galben închis.

C.I. — Alergie specifică, nou-născuţi (pînă la 1 lună); prudenţă în timpul sarcinii şi lactaţiei. Nu se asociază cu inhibitori de monoaminooxidază, simpatomimetice cu acţiune indirectă (amfetamină, efedrină), sedative, antihistaminice, tranchilizante şi neuroleptice (potenţează); în timpul tratamentului şi 4 zile după, nu se consumă băuturi alcoolice şi alimente ce conţin tiramină (brînzeturi şi alte preparate fermentate).

Furosemid (furosemid[I], lasix)

P. — *Comprimate* conţinînd furosemid 40 mg (cutie cu 12, 15 şi 100 buc.); *fiole* a 2 ml soluţie apoasă conţinînd furosemid 20 mg (cutie cu 5 buc.).

Ac. — Diuretic foarte activ, creşte mult eliminarea renală de sare; efectul este rapid (apare la o oră după administrarea orală, la 30 minute după injectarea intramusculară, la 5 minute după injectarea intravenoasă), de durată relativ scurtă (se menţine 6—8 ore după administrarea orală, 2 ore după injectarea intramusculară) şi apare chiar în condiţiile unei filtrări glomerulare reduse; scade presiunea arterială şi potenţează medicaţia hipotensivă.

Ind. — Edeme severe rezistente la alte tratamente, insuficienţă ventriculară stîngă acută, insuficienţă renală cronică, eclampsie, intoxicaţii acute medicamentoase, edem cerebral, hipertensiune arterială. Forma injectabilă este de ales în urgenţe sau cînd nu este posibilă folosirea căii orale.

Ad. — Oral, în edeme, obişnuit 40—80 mg (1—2 comprimate) dimineaţa, zilnic, o dată la 2 zile, sau 3 zile consecutiv pe săptămînă; în insuficienţa renală cronică ini-

Scanned with OKEN Scanner

ţial 250 mg, se poate creşte (cu prudenţă) pînă la 600 mg/zi, în 1—2 prize (sub controlul electroliţilor). Intravenos sau intramuscular, obişnuit 40—80 mg; în insuficienţa renală cronică perfuzie intravenoasă cu 250 mg în 250 ml soluţie fiziologică introduse în decurs de 4 ore, la nevoie se poate creşte doza, cu prudenţă, pînă la 500 mg de 2 ori/zi (sub controlul debitului urinar şi al electroliţilor).

Ef.N. — Deficit de sodiu (se va evita regimul desodat strict), alcaloză hipocloremică, hipokaliemie (se suplimentează potasiul), favorizarea hiperaldosteronismului secundar (la cirotici, nefrotici), creşterea uremiei şi uricemiei (declanşarea crizei de gută), hipocalcemie (favorizarea tetaniei), hiperglicemie (agravarea diabetului, dar mai puţin ca diureticele tiazidice). Uneori erupţii cutanate alergice, prurit, parestezii, hipotensiune posturală, greaţă, vomă, diaree; foarte rar trombocitopenie, neutropenie, tromboflebită, *tinitus* şi surditate (pot apare la dozele mari sau în caz de insuficienţă renală gravă, fiind de obicei reversibile).

C.I. — Hipokaliemie, comă hepatică, ciroză decompensată în stadiul precomatos, intoxicaţie digitalică, anurie, oligurie, azotemie progresivă în insuficienţa renală gravă, sarcină în primul trimestru; prudenţă în glomerulonefrita acută, în insuficienţa cardiacă gravă, la diabetici, la gutoşi şi în caz de tulburări de micţiune. Nu se administrează la cei cu alergie sau intoleranţă la sulfamide. Nu se asociază cu medicamente ototoxice; prudenţă în asocierea cu salicilaţii, curarizantele (le creşte toxicitatea), simpatoplegicele, hipotensivele (le potenţează acţiunea) şi steroizii care cresc eliminarea de potasiu. Soluţia de furosemid (fiole) este incompatibilă cu anestezicele locale, sărurile de alcaloizi, antihistaminicele; nu se amestecă cu preparate capabile să scadă pH-ul soluţiei.

Scanned with OKEN Scanner

Galcorin

P. — *Granule* conținînd mucilagiu vegetal din alga *Carrageen* (pungi cu 100 g).
Ac. — Laxativ prin creșterea conținutului intestinal și lubrifiere; adsorbant, antipeptic, protector al mucoasei gastrointestinale.
Ind. — Constipație funcțională; gastroduodenite, enterite, colite.
Ad. — Oral, 1—2 linguriță de 1—3 ori/zi, înaintea meselor (ca laxativ); clismă cu o emulsie conținînd 3 linguriță granule în 500 ml apă călduță (ca pansament intestinal).
C.I. — Obstrucție intestinală.

Galifix (mastisol)

P. — *Soluție* conținînd colofoniu 44,5 g, alcool 37,5 g, benzen 17 g, *ol. helianti* 1 000 g (flac. cu 1 000 ml).
Ac. și Ind. — Soluție adezivă pentru uz extern, se folosește la fixarea pansamentelor.

Gamaglobulină

P. — *Fiole* a 2 ml soluție injectabilă conținînd imunoglobuline serice umane 10% sau 16%.
Ac. — Imunizare pasivă prin aport de anticorpi; conferă protecție față de unele boli infecțioase timp de 2—3 săptămîni, crește rezistența organismului în infecțiile grave, substituie specific deficitul de gammaglobuline.
Ind. — Profilaxia rujeolei, hepatitei epidemice și prin ser omolog, rubeolei (mai ales în sarcină), parotiditei epidemice, variolei, encefalitei postvaccinale (primovaccinare tardivă), poliomielitei, tusei convulsive; infecții grave cu fenomene septicemice și toxemice, infecții

Scanned with OKEN Scanner

recidivante; stări de hipo- sau agammaglobulinemie congenitală sau căpătată.
Ad. — Intramuscular profund 250 mg—1,5 g imunoglobuline (în funcție de boală și vîrstă) pentru profilaxia bolilor infecțioase, 150—300 mg/kilocorp pentru tratamentul infecțiilor grave (în asociație cu antibiotice), 100 mg/kilocorp lunar în agammaglobulinemie (1 ml soluție 10% conține 100 mg, iar 1 ml soluție 16% conține 160 mg imunoglobuline).
Ef.N. — Rareori febră; poate întîrzia procesul de imunizare activă.

Gargarism

P. — *Soluție* conținînd acid lactic 0,80 g, acid salicilic 0,40 g, fenol 3,6 g, mentol 0,415 g, ulei de eucalipt 0,20 g, alcool 64,1 g, apă distilată pînă la 100 g (flac. cu 50 ml).
Ac. — Antiseptic al cavității bucale.
Ind. — Stomatite, anginā.
Ad. — 10—15 picături într-un pahar cu apă, pentru gargară.
Ef.N. — Ușoară iritație a mucoasei bucale; mentolul poate fi rareori cauză de reacții alergice.

Gastrisan

P. — *Pulbere* conținînd magnezie usta 25 g, cărbune medicinal 25 g și pulbere de foi de beladonă 250 mg (cutie cu 50 g).

Ac. — Antiacid neutralizant și laxativ prin magnezia usta, adsorbant prin cărbunele medicinal, antispastic și antisecretor prin beladonă.

Ind. — Hiperaciditate gastrică, boală ulceroasă (mai ales asociate cu constipație și flatulență).

Scanned with OKEN Scanner

Ad. – 1/2—1 linguriță la 1—2 ore după mesele principale și în caz de pirozis sau epigastralgii.
Ef.N. și C.I. — Diaree; nu se folosește în glaucom.

Gastrofibran

P. — *Comprimate* conținînd pulbere de fibrină din sînge de bou, 400 mg (cutie cu 50 buc.).
Ac. — Anorexigen prin senzație de saţietate; pansament protector al mucoasei gastroduodenale.
Ind. — Obezitate de patogenie neuropsihică; gastrită, ulcer gastroduodenal.
Ad. — Ca anorexigen, 4—6 comprimate cu puțină apă în momentul senzației de foame sau în locul unei mese; ca pansament gastric, 1—2 comprimate cu puțină apă între mese.

Gastrosedol

P. – *Granule* conținînd cărbune medicinal 25 g, bismut carbonic 10 g, magneziu carbonic 10 g, silicat de aluminiu hidr. 45 g, ulei de anis 0,10 g, excipient la 100 g (cutie cu 100 g).
Ac. — Antiacid și adsorbant.
Ind. — Gastrite hiperacide, ulcer gastroduodenal.
Ad. – 1 linguriță la 1—2 ore după mesele principale și la nevoie (pirozis, epigastralgii).

Gerovital H_3

P. – *Drajeuri* conținînd procaină hcl. 100 mg, acid benzoic 6 mg, metabisulfit de potasiu 5 mg (flac. cu 25 buc.); *fiole* a 5 ml soluție apoasă stabilizată și tamponată conținînd procaină hcl. 100 mg (cutii cu 6, 12 sau 100 buc.); *loțiune* pentru păr; *cremă* pentru față.

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Trofic general și local, întîrzie procesele de îmbătrînire.

Ind. — Profilaxia și tratamentul bătrîneții; oboseală fizică și psihică în menopauză și andropauză, stări de astenie în convalescență, surmenaj; tulburări trofice diverse, distrofii cutanate, alopecie.

Ad. — Oral, 2 drajeuri/zi (pe stomacul gol); intramuscular, o fiolă la 2 zile (în serii de 12—18 zile de tratament, separate prin pauze); aplicații locale (loțiunea, crema).

Ef.N. — Sînt rare și au caracter idiosincrazic, dar pot fi grave: fenomene de excitație centrală mergînd pînă la convulsii, fenomene de deprimare, chiar pierderea cunoștinței, colaps, sincopă cardiacă, sincopă respiratorie; alte efecte nedorite au caracter alergic; erupții cutanate, edeme, bronhospasm (mai ales la astmatici). Este obligatorie investigarea anamnestică și eventual testarea sensibilității.

C.I. — Intoleranță și reacții alergice la procaină. Nu se administrează concomitent cu sulfamide, PAS (acționează antagonic) și anticolinesterazice — neostigminā, fizostigminā (împiedică inactivarea procainei).

Ginosedol B (estradiol benzoate[I], dihidrofoliculină benzoat)

P. — *Fiole* a 1 ml soluție uleioasă sau suspensie apoasă conținînd estradiol benzoat 1 mg (10 000 u.i.) (cutie cu 3 buc.) și 5 mg (50 000 u.i.) (cutie cu 1 buc.).

Ac. și Ind. — Aceleași ca pentru estradiol, dar acțiunea este mai durabilă.

Ad. — Intramuscular profund, în tulburările de menopauză 1—2 mg de 2—3 ori/săptămînă, apoi doze mai mici pentru întreținere.

Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru estradiol.

Scanned with OKEN Scanner

Girostan (thio-tepaI)

P.— *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd thio-tepa 10 mg (cutie cu 10 sau 100 buc.).
Ac.— Agent alchilant anticanceros și antileucemic.
Ind.— Cancere metastatice de ovar și sîn, carcinom papilar al vezicii, leucemie mieloidă cronică, leucemie limfocitară cronică, boală Hodgkin.
Ad.— Intravenos sau intramuscular 0,8 mg/kg ca doză unică sau fracționat în 2—4 zile (la nevoie se poate repeta după 2—3 săptămîni); intraarterial, intratumoral, intraseros.
Ef.N.— Toxic hematopoietic, provoacă frecvent limfopenie, neutropenie, trombocitopenie, anemie hipoplastică (pot surveni pînă la o lună după terminarea tratamentului); uneori greață, vomă, diaree, cefalee, febră, reacții alergice, epistaxis, peteșii, amenoree, inhibarea spermatogenezei, depresie mintală; hiperuricemie; durere locală.
C.I.— Sarcină, leucopenie acută, trombocitopenie, anemie gravă; prudență în cazul deprimării medulare prin tratament prealabil cu alte anticanceroase sau prin iradiere, prudență în prezența infecțiilor; doze mai mici în caz de debilitate marcată, boli cardiovasculare și renale cronice, șoc chirurgical.

Glicocol (acidum aminoaceticumI, glycine)

P.— *Fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd acid aminoacetic 1 g (cutie cu 10 buc.).
Ac.— Aminoacid esențial, considerat ca trofic pentru țesutul muscular și vasodilatator coronarian.
Ind. — Distrofie musculară progresivă, sechele de poliomielită, angină de piept (ca tratament adjuvant).
Ad. — Intravenos sau intramuscular 1 fiolă/zi, în serii separate prin pauze.

Scanned with OKEN Scanner

Glubifer

P. — *Drajeuri* conținînd glutamat feros 100 mg, corespunzător la 21—22 mg fier (flac. cu 100 buc.).

Ac. — Aport de fier într-o formă bine suportată digestiv: corectează specific anemiile prin deficit de fier.

Ind. — Anemii feriprive (microcitare) posthemoragice, prin aclorhidrie, de sarcină, nutriționale ale sugarilor, secundare infecțiilor, infestării parazitare sau cancerului; anemii macrocitare tratate cu cianocobalamină. Stări de sideropenie larvată la copii în creștere, fete tinere, în caz de hemoragii cronice; pentru profilaxia carențelor de fier în sarcină, la copii, fete tinere, la donatori de sînge.

Ad. — *Adulți:* 3 drajeuri/zi; *copii* 1—2 drajeuri/zi; se recomandă continuarea tratamentului 6 săptămîni după corectarea anemiei (pentru refacerea depozitelor de fier).

Ef.N. — Rareori greață, dureri epigastrice, constipație sau diaree; atenție la riscul intoxicației acute accidentale la copii.

C.I. – Gastrite severe, ulcer gastroduodenal evolutiv. varice esofagiene, diaree, colită ulceroasă, sindrom de malabsorbție intestinală; hemocromatoză.

Gluconat de calciu

P.— *Fiole* a 5 sau 10 ml soluție apoasă conținînd gluconat de calciu 0,5 g sau 1 g (cutie cu 10 sau 50 buc.); *comprimate de ciocolată* conținînd gluconat de calciu 0,5 g (cutie cu 30 buc.).

Ac. și Ind. — Aceleași ca pentru clorura de calciu.

Ad.— *Adulți*: intramuscular sau intravenos lent 5—10 ml, oral 2—6 comprimate/zi; *copii:* 1—4 comprimate/zi.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — La copii mici s-au semnalat abcese la locul injecției intramusculare; injectarea intravenoasă rapidă produce senzații de căldură, sudorație, paloarea feței. În timpul tratamentului digitalic injectarea intravenoasă poate declanșa aritmii grave.

C.I. — Aceleași ca pentru clorura de calciu.

Gluconat de calciu 20% pentru diagnostic

P. — *Fiole* a 5 ml soluție apoasă injectabilă conținînd gluconat de calciu 0,75 g.

Ind. — Pentru determinarea timpului de circulație.

Ad. — Intravenos (în vena cubitală) brusc 3 ml, notînd timpul în care apare senzația de căldură intensă la nivelul limbii.

C.I. — Aritmii ectopice, hiperexcitabilitate miocardică; nu se folosește în timpul tratamentului tonicardiac.

Gluconat de calciu cu vitamina D

P. — *Granule* conținînd gluconat de calciu 10 g, ergocalciferol 1 mg (40 000 u.i), excipient zaharat pînă la 100 g (cutie cu 100 g).

Ac. — Aport de calciu = vitamina D favorizează absorbția și depunerea acestuia în oase.

Ind. — Profilaxia și tratamentul rahitismului și osteomalaciei; osteoporoză.

Ad. — *Adulți:* 2 linguriițe de 2—3 ori/zi; *copii:* 1 linguriță de 1—4 ori/zi.

C.I. — Hipercalcemie, litiază renală, insuficiență renală gravă.

Scanned with OKEN Scanner

Glucosalil

P. — *Fiole* a 20 ml soluție apoasă conținînd salicilat de sodiu 1 g și glucoză 1 g (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Antireumatic, antiinflamator, analgezic, antipiretic; iritant local.
Ind. — Reumatism poliarticular acut (cînd administrarea orală de salicilat nu este posibilă); pentru sclerozarea venelor varicoase.
Ad. — Intravenos, 1 fiolă la 6—12 ore (ca antireumatic).
Ef.N. — Ameţeli, ţiuituri în urechi, diminuarea auzului, tulburări de vedere, bufeuri, transpiraţie, greutate în respiraţie, tendinţă la hemoragii (hipoprotrombinemie), greaţă şi vomă; dozele mari pot tulbura funcţia hepatică şi renală; folosirea prelungită poate fi cauză de euforie, somnolenţă, confuzie mintală. Injectarea intravenoasă repetată frecvent produce iritarea şi sclerozarea peretelui venelor.
C.I. — Insuficienţă renală sau hepatică avansate, diateze hemoragice, hipoprotrombinemie, alergie sau intoleranţă la salicilaţi.

Glucoză (dextroză)

P. — *Fiole* a 10 ml soluţie apoasă de glucoză 20%, 33%, 40% (cutii cu 10 sau 50 buc.); *saci* de PVC atoxic, apirogen conţinînd 250 şi 500 ml soluţie apoasă injectabilă de glucoză 5%, 20%, 33%, şi 40%.
Ac. — Monozaharidă, reprezintă o sursă de energie uşor disponibilă, creşte cantitatea de glicogen din ficat, uşurează metabolismul lipidic, previne acidoza, protejează proteinele de catabolizare; trofic şi protector pentru ficat. Soluţia izotonă creşte volemia şi combate deshidratarea. Soluţia hipertonă injectată intravenos realizează deshidratare tisulară.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Stări de denutriție, hipoglicemie, boli hepatice, boli infecțioase și intoxicații. Soluția izotonă este utilă în șoc, hemoragii, stări de deshidratare. Soluția hipertonă se folosește pentru acțiunea osmotică, în hipertensiunea intracraniană, ictus, edemul pulmonar acut și în scop diuretic.

Ad. — Intravenos, în injecții lente sau perfuzii, pînă la 1 l/zi pentru soluțiile 5 și 20%, pînă la 500 ml/zi pentru soluțiile 33 și 40% (cantitatea nu trebuie să depășească 800—900 mg glucoză/kilocorp și oră, adică circa 300 ml din soluția 20% pentru un adult de 70 kg). Soluția 5% poate fi injectată subcutanat sau intramuscular, 10—30 ml. Toate soluțiile pot fi introduse rectal, prin clismă picătură cu picătură.

Ef.N. — Injectarea paravenoasă a soluțiilor 20% sau mai concentrate provoacă iritație și necroză, iar injectarea intravenoasă de soluții concentrate poate fi cauză de tromboflebită locală sau sclerozarea venei.

C.I. — Diabet, sindrom de malabsorbție glucoză-galactoză, stări de deshidratare (soluțiile concentrate); prudență în diabetul insipid, la cardiaci (nu se injectează rapid doze mari), în insuficiența renală.

Glutarom (acidum glutamicum[I])

P. — *Drajeuri* conținînd acid glutamic 400 mg (cutie cu 100 buc.); *fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd glutamat de sodiu 1 g (cutie cu 5 buc.).

Ac. — Aminoacid esențial, crește capacitatea funcțională a scoarței cerebrale, detoxifică excesul de amoniac.

Ind. — Oligofrenie (fenilpiruvică, prin factor Rh, mixedem, mongolism), nevroză astenică, surmenaj psihic, unele forme de epilepsie; encefalopatie portală, precomă și comă hepatică.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — *Adulți:* 2—6 drajeuri la mese (pentru acțiunile centrale) sau 20—25 fiole intravenos (în coma hepatică); *copii:* 2—6 drajeuri la mese (în oligofrenie).

Ef.N. — Dozele mari de glutamat de sodiu folosite în coma hepatică pot provoca alcaloză și hipokaliemie prin aport masiv de sodiu; injectarea intravenoasă rapidă poate produce congestia feței, salivație, vomă.

C.I. — Injectarea intravenoasă este contraindicată în caz de anurie, insuficiență renală, la hepaticii fără amoniemie crescută și în caz de dezechilibru electrolitic sever.

Gonacor (glanduantin, pregnyl, prolan)

P. — *Flacon* conținînd pulbere de gonadotrofină corionică (extrasă din urina de femeie gravidă) 500 u.i (cutie cu 5 flac. și 5 fiole solvent).

Ac. — La femei prelungește faza luteală a ciclului menstrual; la bărbați stimulează celulele interstițiale testiculare, favorizînd creșterea organelor sexuale secundare; favorizează coborîrea testiculelor.

Ind. — *Femei:* sîngerări uterine funcționale, dismenoree, amenoree, oligomenoree, sterilitate (pentru inducerea ovulației, după stimularea prealabilă a dezvoltării foliculare prin hormon foliculostimulent de menopauză), avort habitual; *bărbați:* criptorhidism, unele cazuri de impotență sexuală prin insuficiență hipofizară; *ambele sexe:* pubertate întîrziată, infantilism genital, obezitate, acnee, distrofie adipozogenitală, cazuri selecționate de sterilitate.

Ad. — Intramuscular 500—5 000 u.i. de 2—3 ori/săptămînă.

Ef.N. — La copii dozele excesive pot provoca pubertate precoce, iar la femei fenomene de virilism; uneori reacții alergice.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Menopauză, pseudocriptorhidism, carcinom de prostată, hipertrofie sau tumoare hipofizară, diabet zaharat, hipertensiune arterială, alergie specifică.

Gotalitin

P. — *Granule* conținînd sulfat de sodiu 1 g, piperazină 1 g, carbonat de litiu 5 g, metenamină 10 g, benzoat de sodiu 3 g, excipient la 100 g (flac. cu 80 g).
Ac. — Antiseptic urinar; solubilizează și ușurează eliminarea urinară a acidului uric.
Ind. — Litiază urică.
Ad. — 1—2 linguriţe granule/zi, într-un pahar cu apă.
Ef.N. — Rareori ușoară iritație a căilor urinare.
C.I. — Colică nefretică, hematurie, cistită, nefrită, hepatită.

Griseofulvin M (griseofulvin^{I}, likuden M)

P. — *Comprimate* conținînd griseofulvină (microparticule) 125 mg (cutie cu 60 buc.).
Ac. — Fungistatic activ față de *Tricophyton*, *Microsporum* și *Achorion*.
Ind. — Dermatofiţii ale regiunilor păroase ale pielii capului și feței — favus, tricofiție, microsporie, sicozis parazitar; dermatofiţiile unghiilor (cu excepția candidozei); toate tipurile de dermatofiţii cutanate (în epidermomicoze se asociază obligator și medicația antifungică externă).
Ad. — *Adulți:* 2—4 comprimate de 2 ori/zi (după mese), zilnic (timp de 3—6 săptămîni pentru micozele superficiale, 4—12 săptămîni cînd sînt interesate părul sau unghiile); *copii:* 1—2 comprimate/zi.
Ef.N. — Suprainfecții cu *Monilia*; reacții alergice: erupții cutanate, urticarie, edem angioneurotic; rareori pares-

Scanned with OKEN Scanner

tezii ale extremităţilor, stomatită, greaţă, vomă, neplăcere epigastrică, diaree, cefalee, oboseală, ameţeli, insomnie, confuzie mintală, proteinurie, leucopenie, porfirie, fotosensibilizare, dermatită exfoliativă.

C.I. — Porfirie, insuficienţă hepatică, alergie specifică, sarcină (primul trimestru); potenţează efectul alcoolului, diminuează efectul anticoagulantelor cumarinice prin favorizarea metabolizării hepatice.

Guanetidin (guanethidin sulfat[I], ismelin)

P. — *Comprimate* conţinînd guanetidină sulfurică 10 mg (flac. cu 50 buc.).

Ac. — Hipotensiv prin paralizia terminaţiilor simpatice (epuizează depozitele de noradrenalină); efectul se instalează relativ lent (2—4 zile), este intens şi prelungit (6—14 zile după oprirea medicaţiei).

Ind. — Hipertensiunea arterială esenţială (forme grave şi medii), hipertensiune renală.

Ad. — Iniţial 1 comprimat/zi, se creşte progresiv (la intervale de 5—7 zile) pînă la 3—10 comprimate (sau mai mult)/ zi; doza de întreţinere obişnuită este de 1—5 comprimate/zi (în funcţie de valorile tensionale în ortostatism şi după efort).

Ef.N. — Hipotensiune ortostatică sau la efort, uneori severă, cu ameţeli chiar lipotimie, fenomene ischemice cerebrale, miocardice şi renale (în caz de ateroscleroză avansată în teritoriile respective); diaree, inhibarea ejaculării, impotenţă (la bărbat); mai rar oboseală, stare depresivă, tremor, mialgii, dispnee, bradicardie, edeme, creşterea uremiei (în insuficienţa renală), greaţă şi vomă, congestie nazală, tumefacţie parotidiană, ptoză palpebrală şi tulburări de vedere, polakiurie, erupţii cutanate. Pericol de cumulare.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Feocromocitom, insuficienţă coronariană severă, infarct de miocard recent, insuficienţă renală cu azotemie, accidente cerebrovasculare; prudenţă în insuficienţa cardiacă, astmul bronşic, ulcerul gastroduodenal şi alte boli care pot fi agravate prin predominanţa parasimpatică; prudenţă în sarcină. Tratamentul se întrerupe cu 2 săptămîni înaintea intervenţiilor chirurgicale; în urgenţe chirurgicale se administrează atropină; la nevoie noradrenalină sau angiotensină (în perfuzie). Prudenţă în folosirea simpatomimeticelor cu acţiune directă, a căror acţiune este potenţată; se va evita asocierea cu efedrină, amfetamină, antidepresive inhibitoare de M.A.O., sau imipramină (au efect antagonist); se vor evita băuturile alcoolice (cresc riscul hipotensiunii excesive).

Hecogen

P. — *Sirop* aromatizat conţinînd extract hepatic 7,84 g, tinctură de genţiana 0,49 g, extract fluid de cola 0,92 g, glicerofosfat de sodiu 3,92 g, glicerol 5,88 g/100 g (flac. cu 200 ml).

Ac. — Tonic general, stimulant al apetitului.

Ind. — Debilitate fizică, stări de oboseală, convalescenţă, anorexie.

Ad. — *Adulţi:* 2 linguriţe înaintea meselor principale; *copii:* 1 linguriţă înaintea meselor principale.

Heligal (xantophyli palmitas[I], adaptinol)

P. — *Drajeuri* conţinînd xantofil palmitat 5 mg (flac. cu 20 buc.).

Ac. — Carotinoid care intervine în funcţia pigmenţilor fotosensibili din retină; ameliorează procesul de adaptare la întuneric şi lumină.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Cecitate nocturnă (nictalopie) și diurnă (hemeralopie), mai ales în condiții de lucru în întuneric și la cei expuși la orbire prin iluminare bruscă (șoferi, mecanici de locomotivă, mineri etc.); retinită pigmentară.
Ad. — 1—4 drajeuri/zi.

Hematodin (hemedonine, photodyn)

P. — *Fiole* a 2 ml soluție apoasă conținînd hematoporfirină 4 mg (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Stimulent central, antidepresiv și tonic general.
Ind. — Stări depresive, astenie.
Ad. — Intramuscular profund, 1/4—1 fiolă/zi.
Ef.N. — Febră, fotosensibilizare; durere și inflamație la locul injecției.
C.I. — Pelagră, porfirinurie, anemie hemolitică, stări febrile, insuficiență hepatică; se va evita expunerea la razele solare și ultraviolete.

Hemorsal

P. — *Supozitoare* conținînd bismut oxiiodogalic 83 mg, bismut subgalic 83 mg, etoform 8 mg, procaină hcl. 5 mg, adrenalină hcl. 2 mg (cutie cu 6 buc.).
Ac. — Astringent, protector, anestezic local, decongestiv.
Ind. — Hemoroizi, prurit anal, proctită, criptită, fisuri și fistule anale.
Ad. — 1—2 supozitoare/zi.
Ef.N. și C.I. — Prudență la bătrîni, copii sub 6 ani (posibilitatea efectelor sistemice ale adrenalinei) și la alergici; în caz de iritație locală, sîngerări sau erupții se întrerupe tratamentul.

Scanned with OKEN Scanner

Hemorzon

P. — *Supozitoare* conținînd hidrocortizon 10 mg, tetraciclină 20 mg, etoform 8,3 mg și procaină hcl. 5 mg (cutie cu 5 buc.); *unguent* conținînd hidrocortizon alcool 500 mg, tetraciclină 1 g, lidocaină 100 mg, excipient la 100 g (tub cu 18 g).

Ac. — Antiinflamator prin hidrocortizon, antibacterian prin tetraciclină, anestezic local prin etoform, procaină și lidocaină.

Ind. — Criză hemoroidală, hemoroizi externi sau interni, proctită, fisuri, eczemă, prurit anal.

Ad. — 1 supozitor după o baie călduță, seara la culcare (la nevoie 2—3 supozitoare/zi); unguentul se aplică local seara sau de 2—3 ori/zi, la nevoie.

Ef.N. — Tratamentul prelungit poate provoca efecte sistemice cortizonice; există posibilitatea dezvoltării de infecții locale cu germeni rezistenți.

C.I. — Tuberculoză rectală; hipersensibilitate la procaină. Aplicarea hemorzonului impune un diagnostic proctologic îngrijit.

Heparină (heparinI)

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd heparină sodică 5 000 i.u. (38,5 mg) (cutie cu 5 buc.).

Ac. — Anticoagulant; acțiunea se exercită *in vivo* și *in vitro*, este rapidă, de durată relativ scurtă (4—8 ore) și se datorește mai ales antagonizării trombinei; clarifică plasma lipemică favorizînd desfacerea chilomicronilor.

Ind. — Tratamentul de urgență al afecțiunilor tromboembolice: embolie pulmonară, tromboză venoasă acută; profilaxia trombozei după infarctul de miocard și intervențiile în regiunea pelvină; heparinizarea sîngelui pentru

Scanned with OKEN Scanner

circulația extracorporeală; folosită *in vitro* la recoltarea sîngelui pentru anumite determinări chimice. Tratamentul emboliei grăsoase.

Ad. — Intravenos, inițial 2 fiole (10 000 u.) la fiecare 8 ore (dozarea se face în funcție de timpul de coagulare).

Ef.N. — Sîngerări diverse — hematurie, hemotorax, hematom retroperitoneal, hemoragie subarahnoidiană — în general ușor de controlat; rareori reacții alergice (eriteme, astm bronșic, febră, chiar colaps grav), alopecie (trecătoare), diaree, trombocitopenie.

C.I. — Discrazii sanguine hemoragice, scorbut, fragilitate capilară, endocardită bacteriană subacută, tromboflebită supurată, intervenții recente pe creier sau măduvă, hemoragie intracraniană, denudare extensivă a pielii, prezența tubului de dren în stomac sau intestinul subțire; prudență în caz de tromboză mezenterică și după intervențiile pe căile biliare.

Hexapon

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd clorhidrați de alcaloizi totali din opiu 10 mg sau 20 mg (cutie cu 3 sau 100 buc.).

Ac. — Efect analgezic intens de tip euforizant, datorit în principal morfinei conținute (vezi morfina).

Ind. — Aceleași ca pentru morfină.

Ad. — Subcutanat 1 fiolă la nevoie, 1—3 fiole/zi (la obișnuiți sînt necesare doze mai mari).

Ef.N. — Aceleași ca pentru morfină; deprimarea respiratorie este ceva mai slabă, iar voma survine mai rar; provoacă dependență.

C.I. — Aceleași ca pentru morfină.

Scanned with OKEN Scanner

Hidrocortizon (hydrocortison[I])

P. — *Fiole* a 1 ml suspensie apoasă conţinînd acetat de hidrocortizon 25 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Glucocorticoid cu acţiune antiinflamatoare, este eficace şi local.
Ind. — Poliartrită reumatoidă, osteoartrită cu interesarea a 1 sau 2 articulaţii (ca adjuvant al tratamentului cortizonic sistemic sau cînd există contraindicaţii pentru acesta); colită ulceroasă.
Ad. — Intraarticular sau periarticular, 5—50 mg la fiecare 8—10 zile; clismă cu 100 mg în 60—120 ml soluţie salină izotonă.
Ef.N. — Favorizarea procesului infecţios local.
C.I. — Artrite infecţioase, artrită gonococică, artrită tuberculoasă.

Hidrocortizon hemisuccinat (solu-cortef)

P. — *Fiole* a 5 ml conţinînd 25 mg hidrocortizon hemisuccinat dizolvat în glicerinformol (cutie cu 1 fiolă hidrocortizon şi 1 fiolă a 5 ml diluant).
Ac. — Ester solubil al hidrocortizonului cu acţiune antiinflamatorie, antitoxică şi antihipotensivă rapidă şi intensă.
Ind. — Medicaţie de urgenţă în diferite stări infecţioase grave — infecţii grave rezistente la tratament, infecţii grave cu colaps, infecţii grave cu interesarea unor organe vitale — meningită tuberculoasă sau pneumococică, endocardită bacteriană, hepatită virotică, mononucleoză infecţioasă cu complicaţii nervoase, encefalomielită urliană; colaps endotoxinic sau toxic, colaps prin traumatism, intervenţii chirurgicale, arsuri întinse, infarct de miocard, eroare de transfuzie, şoc alergic grav; comă hepatică; stări alergice grave, rău astmatic; dermatoze acute grave; toxicoze ale sugarilor; fals crup; insuficienţă suprarenală acută.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — În perfuzie intravenoasă 100—250 mg (la nevoie se repetă pînă la 1 g sau mai mult pe zi); se poate adăuga sîngelui sau plasmei.
Ef.N. — Aceleaşi ca pentru cortizon; deoarece se folosesc doze mari, tratamentul trebuie să fie de scurtă durată, pentru a evita efectele adverse care decurg din corticoterapia intensivă.
C.I. — Ulcer gastroduodenal, psihoze acute, diabet, insuficienţă cardiacă, hipertensiune arterială, sarcină (contraindicaţii relative, în funcţie de gravitatea situaţiei care impune tratamentul cortizonic de urgenţă); în infecţii este obligatorie asocierea antibioticelor sau chimioterapicelor specifice.

Hidromorfon (hydromorphonhydrochlorid[I], dilaudid)

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd hidromorfonă hcl. 2 mg (cutie cu 3 buc.).
Ac. — Analgezic euforizant cu potenţă mai mare decît morfina; acţiunea sa este rapidă şi de durată relativ scurtă (2—4 ore); contractă musculatura netedă, deprimă respiraţia.
Ind. — Aceleaşi ca pentru morfină.
Ad. — Subcutanat 1 fiolă la nevoie, 1—3 fiole/zi.
Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru morfină, dar deprimarea respiraţiei, voma şi constipaţia sînt mai puţin intense; provoacă dependenţă.

Hidromorfon-atropină

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd hidromorfonă hcl. 2 mg şi atropină sulfurică 0,3 mg (cutie cu 3 buc.).
Ac — Analgezic, euforizant cu acţiune intensă prin hidromorfonă; asocierea atropinei diminuează sau împiedică unele efecte adverse.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Aceleaşi ca pentru hidromorfonă (respectiv morfină); este mai avantajoasă pentru combaterea durerii în colici.
Ad. — Subcutanat 1 fiolă la nevoie, 1—3 fiole/zi (la obişnuiţi doze mai mari).
Ef.N. — Asemănătoare hidromorfinei, dar efectele spastice, greaţa şi voma deprimarea respiraţiei sînt mai puţin importante.
C.I. — Aceleaşi ca pentru morfină; este contraindicată în glaucom (atropina creşte presiunea intraoculară).

Hidromorfon-scopolamină

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd hidromorfonă hcl. 2 mg şi scopolamină hcl 0,3 mg (cutie cu 3 buc.).
Ac. — Analgezic euforizant cu acţiune intensă; asocierea scopolaminei diminuează unele efecte adverse.
Ind. — Aceleaşi ca pentru hidromorfonă (respectiv morfină); este mai avantajoasă pentru combaterea durerii în colici şi pentru pregătirea narcozei.
Ad. — Subcutanat 1 fiolă la nevoie, 1—3 fiole/zi.
Ef.N. şi C.I. — Asemănătoare morfinei, dar greaţa, voma, deprimarea respiratorie şi efectele spastice sînt mai slabe. Are aceleaşi contraindicaţii; nu se foloseşte la glaucomatoşi (scopolamina creşte presiunea intraoculară).

Hidroxicloroch (hydroxychloroquin[I], plaquenil)

P. — *Drajeuri* conţinînd hidroxiclorochină sulfat 200 mg (flac. cu 100 buc.).
Ac. şi Ind. — Antimalaric cu proprietăţi asemănătoare clorichinei, antilambliazic; eficace în lupusul eritematos şi în poliartrita reumatoidă; combate fotosensibilizarea.
Ad. — În lupus şi P.R. iniţial 400—800 mg/zi (fracţionat), apoi întreţinere cu 200—400 mg/zi (la mese). În

Scanned with OKEN Scanner

malarie, terapeutic în crize inițial 800 mg, urmate de 400 mg după 6—8 ore, apoi 400 mg la 2 zile; supresiv 400 mg/săptămînă; în lambliază 600—800 mg/zi (în 3 prize), 5—10 zile.
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru clorochin; ca și aceasta are un potențial toxic mare și trebuie folosită cu grijă.

Hidroxizin (hydroxizin[I])

P. — *Comprimate* conținînd hidroxizină hcl. 25 mg (cutie cu 25 buc.); *fiole* a 2 ml soluție apoasă conținînd hidroxizină hcl. 100 mg (cutie cu 3 buc.).
Ac. — Tranchilizant; antihistaminic și slab antispastic.
Ind. — Nevroze, stări de anxietate și agitație psihomotorie; pregătirea preanestezică; urticarie și alte dermatoze alergice cu componentă psihoafectivă.
Ad. — Oral, 1—4 comprimate/zi (fracționat, la mese); intramuscular 1/2—2 fiole; intravenos foarte lent 1/2—1 fiolă.
Ef.N. — Cefalee, somnolență sau insomnie, uscăciunea gurii; prurit; durere la locul injecției.
C.I. — Alergie specifică, sarcină (primul trimestru); nu se folosește ambulator la bolnavi a căror profesie impune efectuarea unor performanțe psihomotorii riguroase (șoferi, dispeceri etc.); consumul băuturilor alcoolice trebuie evitat; prudență în folosirea deprimantelor centrale și a anticoagulantelor cumarinice (efectul acestora este potențat).

Hipazin (adelphan)

P. — *Comprimate* conținînd reserpină 0,1 mg și dihidralazină 10 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. — Hipotensiv cu acțiune lentă și prelungită (reserpina și dihidralazina acționează sinergic); reserpina are și proprietăți tranchilizante.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Hipertensiunea esențială, forme moderate.
Ad. — 1—2 comprimate de 3 ori/zi.
Ef.N. — Congestie nazală, diaree, cefalee, anorexie, greață, rareori hipotensiune posturală.
C.I. — Stări depresive, epilepsie și parkinsonism; prudență în ateroscleroza avansată.

Hipnogal (triclofos)

P. — *Sirop* conținînd triclofos 10 g/100 ml (flac. cu 100 ml).
Ac. — Sedativ și hipnotic cu efect de durată medie (6—7 ore); acțiunile sînt asemănătoare celor ale cloralhidratului, dar este mai puțin iritant.
Ind. — Insomnie, stări de excitație nervoasă; este de ales la copii și bătrîni.
Ad. — *Adulți:* 4—8 linguriță ca hipnotic, 1 linguriță ca sedativ; *copii:* 1/2—2 linguriță ca hipnotic, 1/2 linguriță ca sedativ.
Ef.N. — Greață, vomă, cefalee (relativ rar); reacții de intoleranță, cu stare de excitație (foarte rar); dozele mari administrate îndelungat pot provoca dependență.
C.I. — Boli cardiace grave, insuficiență hepatică sau renală grave, boală ulceroasă, gastrită, vărsături.

Hipopresol (dihydralazin I, nepresol)

P. — *Drajeuri* conținînd dihidralazină 25 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. — Hipotensiv cu acțiune de intensitate moderată, lentă și prelungită, crește circulația renală și cerebrală; acționează predominant direct asupra musculaturii netede a vaselor.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Hipertensiune esențială, forme moderate, hipertensiune prin toxemie gravidică sau glomerulonefrită acută.
Ad. — Se începe cu 1/2 comprimat și se crește progresiv; doza eficace este de 1—10 comprimate/zi (în 2—3 prize).
Ef.N. — Tahicardie, cefalee persistentă, anorexie, greață și vomă, dureri anginoase, hipotensiune posturală (frecvent); vertij, stare de rău, parestezii ale extremităților (se asociază piridoxină), congestie nazală, dispnee, transpirație, febră, urticarie (relativ rar); edeme, retenție de urină, tremor, stare depresivă (rar). Administrarea cronică de doze mari (peste 300 mg/zi) poate provoca un sindrom asemănător lupusului eritematos diseminat.
C.I. — Lupus eritematos diseminat sau alte colagenoze, tahicardie, intoleranță specifică; prudență în caz de accidente cerebrovasculare, în cardiopatiile ischemice, în boala mitrală (crește presiunea pulmonară), în bolile renale grave, în insuficiența hepatică, cînd hematopoieza este deprimată și în timpul sarcinii.

Hiposerpil (reserpin[I], serpasil)

P. — *Comprimate* conținînd reserpină 0,25 mg (flac. cu 40 buc.).
Ac. — Hipotensiv cu acțiune lentă (se instalează după cîteva săptămîni de tratament pe cale orală), blîndă și prelungită (1—6 săptămîni); tranchilizant și antipsihotic; diminuează depozitele de catecolamine și serotonină din sistemul nervos central și depozitele de noradrenalină din terminațiile simpatice.
Ind. — Hipertensiune esențială forme ușoare, mai ales la bolnavi cu tahicardie sau anxioși; în asociație cu alte hipotensive, în formele moderate și grave de hipertensiune esențială și în toxemia gravidică; stări de anxietate și tensiune psihică, afecțiuni psihotice (schizofrenie, stări paranoide și maniacale) însoțite de agitație marcată.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — 1—3 comprimate/zi (la mese) în hipertensiune (în asociaţie cu un diuretic); doze mai mari în afecţiunile psihotice (eventual se recurge la Raunervil).
Ef.N. — Congestie şi obstrucţie nazală, somnolenţă, ameţeli (frecvent); dispnee, erupţii cutanate, creştere în greutate, dificultate în ejaculare (rareori); dozele mari pot provoca congestie conjunctivală, bradicardie, hipotensiune ortostatică, retenţie hidrosalină, activarea ulcerului, fenomene parkinsoniene, stări depresive severe.
C.I. — Stări depresive, alergie sau intoleranţă specifică; prudenţă în boala ulceroasă, colita ulceroasă, tulburări de conducere miocardică, infarct miocardic, insuficienţă cardiacă, bronşite, astm bronşic şi la bolnavii debilitaţi; prudenţă în timpul sarcinii şi alăptării. Tratamentul trebuie întrerupt cu cel puţin 2 săptămîni înaintea intervenţiilor chirurgicale şi o săptămînă înaintea electroşocului.

Histamină

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd histamină hcl. 0,1 mg (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Stimulant puternic al secreţiei gastrice, vasodilatator şi hipotensiv, creşte permeabilitatea capilară, bronhoconstrictor.
Ind. — Testarea capacităţii secretorii a mucoasei gastrice pentru diagnosticul aclorhidriei; test diagnostic pentru anumite tulburări neurologice; desensibilizare în cefaleea histaminică, sindromul Ménière, urticaria cronică.
Ad. — Subcutanat 0,3—0,5 mg (3—5 fiole) pentru diagnosticul aclorhidriei.
Ef.N. — Dozele mari provoacă hipotensiune, vasodilataţie generalizată, cefalee, tulburări vizuale, bronhoconstricţie cu dispnee, vomă, diaree, colaps.
C.I. — Afecţiuni alergice acute, ulcer gastroduodenal, astm bronşic, hipotensiune arterială.

Scanned with OKEN Scanner

Imunoglobulină specifică anti-Rho (D)

P. — *Fiole* a 2 ml soluție apoasă 10% de imunoglobuline, conținînd un titru ridicat de anticorpi specifici anti-Rho (cutie cu 3 buc.).
Ac., Ind., Ad. — Pentru prevenirea izoimunizării prin sarcină, se injectează 2 ml intramuscular în primele 72 de ore de la naștere, la mamele Rho (D) negativ, primipare, neimunizate, care au născut un copil compatibil în sistemul ABO și Rho (D) pozitiv.

Imunoglobuline umane specifice „antivariolă", „antitetanos", „antipertussis", „antirubeolă", „antirabie", „antiparotidită epidemică", „antirujeolă", „antiherpes".

P. — *Fiole* a 2 ml soluție injectabilă 10% de imunoglobuline serice umane cu un titru ridicat de anticorpi specifici (cutie cu 3 buc.).
Ac. — Imunizare pasivă prin aport de anticorpi specifici (conferă protecție timp de 3—4 săptămîni).
Ind. — Profilaxia sau tratamentul bolilor infecțioase corespunzătoare; pot fi folosite și la bolnavi alergici, la cei cu afecțiuni grave și în toate cazurile cînd vaccinarea este contraindicată.
Ad. — Intramuscular, în dozele recomandate de medic.
Ef.N. — Uneori durere la locul injectării.

Indometacin (indometacin[I], indocid, indocin)

P. — *Capsule* conținînd indometacină 25 mg (flac. cu 30 și 100 buc.).
Ac. — Antireumatic antiinflamator foarte activ; analgezic și antipiretic.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Poliartrită reumatoidă, coxartroză (forme moderate sau severe); criza de gută.

Ad. — Oral, inițial 25 mg (o capsulă) de 2—3 ori/zi (după mese), la nevoie se crește treptat pînă la 150 mg/zi (sau mai mult).

Ef.N. — Cefalee, ameţeli (la începutul tratamentului), anorexie, greaţă, vomă, dureri abdominale, diaree (uneori chiar la doze mici), ulceraţii ale mucoasei gastrointestinale (chiar hemoragii sau perforaţie); tulburări de vedere prin depozite corneene, chiar lezarea retinei (la administrarea prelungită); hepatită toxică şi icter (rareori); anemie aplastică, anemie hemolitică, agranulocitoză, leucopenie, trombopenie; reacţii alergice: crize astmatice, urticarie, erupţii cutanate, edem angioneurotic; *tinitus*, surditate (rareori); tulburări psihotice, stare depresivă, somnolenţă, confuzie mintală, convulsii, nevrită periferică; edeme, hipertensiune, hematurie; alopecie, eritem nodos. Reacţiile adverse sînt relativ rare la dozele mici (50—150 mg), dar frecvente (35%) la dozele mari, impunînd administrarea sub supraveghere medicală şi deseori (20%) oprirea medicaţiei.

C.I. — Leziuni ulcerative gastrointestinale (ulcer gastroduodenal, colită ulceroasă, enterită regională), alergie la indometacină şi salicilaţi; se va evita în timpul sarcinii, alăptării şi la copii sub 14 ani. Prudenţă în insuficienţa renală şi hepatică, la psihotici, epileptici şi parkinsonieni; prudenţă şi doze mici la bătrîni.

Inhalant

P. — *Soluţie* alcoolică conţinînd ulei de pin 10,4 g, ulei de mentă 2,4 g, ulei de eucalipt 1,6 g, ulei de lavandă 0,1 g, terpineol 0,2 g/100 ml (flac. cu 10 ml).

Ac. — Iritant local slab, expectorant, activează circulaţia şi favorizează procesul de vindecare; slab antiseptic.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Traheobronşită, rinofaringită, sinuzite subacute sau cronice, otită medie cataralâ.
Ad. — 2,5 ml într-un litru de apă fierbinte, cu care se face inhalaţie seara la culcare.
Ef.N. — Iritaţia locală poate favoriza dezvoltarea inflamaţiilor acute sau a spasmului bronşic.
C.I. — Hemoptizie, tuberculoză pulmonară evolutivă, astm bronşic şi bronşită spastică, ateroscleroză cerebrală avansată.

Insulină

P. — *Flacoane* a 5 ml soluţie apoasă conţinînd 200 u.i. insulină din pancreasul de bovine.
Ac. — Antidiabetic şi hipoglicemiant cu acţiune rapidă şi de scurtă durată — 6—8 ore.
Ind. — Medicaţie de substituţie în diabetul zaharat, precoma şi coma diabetică; diferite afecţiuni nevrotice sau psihotice (şoc insulinic).
Ad. — Subcutanat 1—3 injecţii/zi cu 1/2 de oră înaintea meselor, dozarea (10—100 u./zi) fiind în funcţie de valoarea glicemiei şi glicozuriei (tireotoxicoza, febra, sarcina, intervenţiile chirurgicale, bolile infecţioase, acidoza cresc nevoia de insulină); intravenos 25—100 u. în cetoacidoza şi coma diabetică.
Ef.N. — Uneori reacţii alergice: erupţii cutanate, urticarie, prurit, edem angioneurotic; fenomene degenerative la locul injectării (degenerarea ţesutului adipos, urmată de scleroză).
Supradozarea provoacă hipoglicemie, mergînd pînă la convulsii şi comă.
C.I. — Alergie la insulină; prudenţă în sarcină. Atenţie la băuturile alcoolice, la asocierea propranololului şi altor blocante beta-adrenergice (prelungesc hipoglicemia). Insulina este incompatibilă cu alcoolul şi alte dezinfectante care precipită proteinele.

Scanned with OKEN Scanner

Insulina P

P. — *Flacoane* a 5 ml soluție apoasă conținînd 200 u.i. insulină din pancreasul de porc.
Ac., Ind., Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru insulină; este de ales la bolnavii cu alergie la insulina din pancreasul de bovine.

I.O.B.-82

P. — *Fiole* de 5 sau 10 ml soluție în polietilenglicol conținînd acid N,N'—2 (cloretil)—amino-4—metilbenzoic 50 mg, respectiv 100 mg și fiole conținînd clorură de sodiu 60 sau 126 mg și bicarbonat de sodiu 40 sau 80 mg (pentru prepararea soluției).
Ac. — Agent alchilant cu proprietăți anticanceroase.
Ind. — Neoplasme de sîn și ovar, epitelioame ale limbii și buzelor, sarcoame ale părților moi și oaselor, mielom și boală Hodgkin, sarcoame ganglionare, neoplasme pulmonare și hepatice.
Ad. — Se folosește soluția preparată extemporaneu prin amestecarea soluției de IOB-82 în polietilenglicol cu soluția formată prin dizolvarea conținutului fiolei pentru solvent în 5 ml ser fiziologic sau soluție glucozată izotonă. Se injectează intravenos 50 mg/zi sau 100 mg la 2 zile (0,8—1,2 g/serie), intraarterial cîte 100—150 mg la 2—3 zile, intraperitoneal sau intrapleural 150—250 mg la 7—10 zile, intralimfatic 150 mg/zi (în serii de 0,8—1,2g); în asociere cu röntgenterapia sau alte citostatice se folosesc doze mai mici.
Ef.N. — În caz de asociere cu röntgenterapia sau alte citostatice pot apărea leucopenie și trombocitopenie; injectarea intraarterială poate produce durere și senzație de arsură locală; injectarea perivasculară provoacă necroză.
C.I. — Leucotrombopenii.

Scanned with OKEN Scanner

Iodură de potasiu

P. — *Comprimate* conținînd iodură de potasiu 1 mg (cutie cu 1 000 buc).
Ac. — Aport de iod necesar sintezei hormonilor tiroidieni; corectează carența de iod care provoacă guşa endemică.
Ind. — Profilaxia şi tratamentul guşii endemice.
Ad. — *Adulții:* 1 comprimat la 3—4 zile; *copii:* 1/2—1 comprimat/săptămînă.

Iozinol

P. — *Soluție* pentru uz intern conținînd iod 4,8 g, iodură de sodiu 2,9 g, piperazină 11,3 g, apă pînă la 100 g (flac. cu 20 ml); *fiole* a 2 ml soluție apoasă conținînd iod 100 mg, iodură de sodiu 60 mg, piperazină 220 mg (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Considerat ca antiaterogen; favorizează resorbția proceselor inflamatorii cronice; expectorant; solubilizează acidul uric.
Ind. — Ca medicație adjuvantă în ateroscleroză, sifilis terțiar, bronşită cronică şi bronşiectazie, gută, boli reumatice degenerative cronice, litiază urică.
Ad. — Oral, 10—20 picături după mese, sau intramuscular, 1—2 fiole/zi.
Ef.N. — Reacții de intoleranță sau alergice la iod: erupții cutanate, catar nazal, lăcrimare, conjunctivită, laringită, bronşită, cefalee; acțiune congestivă; iritație gastrointestinală (în cazul administrării orale). Administrarea prelungită poate provoca guşă, nervozitate, insomnie, impotență sexuală; interferă cu testarea funcției tiroidei.
C.I. — Intoleranță sau alergie la iod, hipertiroidism, tuberculoză pulmonară evolutivă, hemoptizie, afecțiuni bronhopulmonare acute; prudență în timpul sarcinii.

Scanned with OKEN Scanner

Izofan-zinc-insulină

P. — *Flacoane* a 5 ml suspensie sterilă tamponată conținînd cristale compuse din insulină, protamină și zinc, corespunzător la 200 u.i. insulină.
Ac. — Formă de insulină cu acțiune de durată medie; efectul hipoglicemiant (al preparatului românesc) începe la 2 ore de la administrare, este maxim după 8—12 ore și se menține 18—20 ore.
Ind. — Diabet zaharat; este de ales la bolnavi care necesită mai mult de o doză de insulină nemodificată pe zi.
Ad. — Subcutanat, o injecție înaintea mesei de dimineață, la nevoie încă o injecție înaintea mesei de seară; dozarea se face în funcție de valoarea glicemiei și glicozuriei.
Ef.N. — Uneori reacții alergice; în locurile de injectare repetată țesutul adipos poate degenera, sclerozîndu-se. Supradozarea provoacă hipoglicemie, de obicei în cursul după-amiezei (în cazul cînd se injectează dimineața).
C.I. — Alergie specifică; prudență în sarcină. Nu trebuie folosită pentru tratamentul diabetului grav, al comei diabetice sau pentru provocarea șocului insulinic (la nevrotici sau psihotici). Atenție la băuturile alcoolice, la asocierea cu propranolol și alte blocante β-adrenergice (prelungesc hipoglicemia); insulina este incompatibilă cu alcoolul și dezinfectantele care denaturează proteinele.

Izoniazid (isoniazid[I], rimifon)

P. — *Comprimate* conținînd izoniazidă 50 sau 100 mg (flac. cu 100 buc.); *fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd izoniazidă 250 mg sau 500 mg (cutie cu 5 sau 100 buc.).
Ac. — Bacteriostatic foarte activ față de *Mycobacterium tuberculosis;* difuzează repede în țesuturi și seroase, pătrunde în focarele cazeoase; dezvoltă relativ repede

Scanned with OKEN Scanner

rezistență. Inhibă monoaminoacidaza — potențează catecolaminele, stimulează sistemul nervos central.
Ind. — Chimioterapic antituberculos major, indicat în tuberculoza pulmonară, intestinală, genitală, laringiană și în meningita tuberculoasă.
Ad. — Oral, la *adulți* 5—8 mg/kilocorp și zi (fracționat la 12 ore) zilnic, sau 15 mg/kilocorp și zi de 2 ori pe săptămînă; la *copii* 10—20 mg/kilocorp și zi; injecții intramusculare în aceleași doze; administrare locală în unele exsudate tuberculoase și în empiem. Este obligatorie asocierea cu alte antituberculoase pentru a evita apariția rezistenței.
Ef.N. — Anorexie, uscăciunea gurii, greață, constipație, dificultate de micțiune, tulburări de vedere, insomnie, amețeli, ataxie, tremor, rareori tulburări psihotice, convulsii; uneori reacții alergice, erupții cutanate, febră, limfadenopatie, icter, deprimarea hematopoiezei; polinevrită (pentru profilaxie și tratament se asociază piridoxina); hiperglicemie, ginecomastie. La unele persoane izoniazida provoacă euforie și poate determina un grad de dependență.
C.I. — Alergie la izoniazidă, sarcină; prudență la renali, în insuficiența hepatică, la epileptici, psihopați și la alergici.

Jecolan

P. — *Unguent* conținînd *oleum jecoris* 40 g, lanolină 17 g, vaselină pînă la 100 g (tub cu 25 g).
Ac. — Emolient și protector al pielii; prin conținutul în vitamină A și D acționează trofic, favorizînd procesul de vindecare a plăgilor. Nu are proprietăți antiseptice.
Ind. — Dermite uscate, plăgi atone, ulcere varicoase, arsuri de gradul I, degerături.
Ad. — În aplicare locală, de 1—2 ori/zi.
C.I. — Leziuni zemuinde.

Scanned with OKEN Scanner

Jecozinc

P. — *Unguent* conținînd *oleum jecoris* 12 g, oxid de zinc 38 g, talc 4 g, lanolină 12 g, vaselină pînă la 100 g (tub cu 25 g).

Ac. — Aceleași ca pentru Jecolan, dar mai puțin congestiv.

Ind. — Dermite uscate congestive, arsuri de gradul I.

Ad. — În aplicare locală, de 1—2 ori/zi.

C.I. — Leziuni zemuinde; nu se aplică pe pielea piloasă

Kanamicină sulfat (kanamycinsulfat[I], resistomycin)

P. — Flacoane conținînd kanamicină sulfat *pulbere*, în cantitate echivalentă cu 1 g sau 0,5 g kanamicină bază.

Ac. — Antibiotic bactericid față de mulți germeni Gram-pozitivi (inclusiv stafilococul auriu), Gram-negativi (inclusiv *Proteus*), micobacterii; streptococii și *Pseudomonas* sînt de obicei rezistenți.

Ind. — Infecții grave cu germeni sensibili la kanamicină, dar rezistenți la alte antibiotice mai puțin toxice; infecții urinare cu *Proteus* și *Klebsiella*, bacteriemii cu germeni enterici Gram-negativi, tuberculoză cu germeni rezistenți la alte antibiotice. Rezistența microbiană este încrucișată cu neomicina, paromomicina și parțial cu streptomicina.

Ad. — Intramuscular, la *adulți* 0,5 g la 6—12 ore (cel mult o săptămînă), la *copii* 15 mg/kilocorp și zi; oral aceleași doze (pentru acțiune la nivelul intestinului).

Ef.N. — Lezarea nervului acustic cu surditate (prin supradozare sau la idiosincrazici), lezarea rinichiului (mai ales în prezența afecțiunilor renale) cu albuminurie, cilindrurie, accentuarea insuficienței renale, creșterea

Scanned with OKEN Scanner

azotemiei; rareori erupții cutanate, greață vomă, febră, cefalee, parestezii; uneori durere la locul injectării. Instilarea intraperitoneală la bolnavii care se găsesc sub efectul anestezicelor generale și curarizantelor poate provoca paralizie musculară cu oprirea respirației.

C.I.— Alergie specifică; prudență sau se va evita în insuficiența renală; se întrerupe în cazul apariției de ameteli și țiuituri în urechi. Nu se folosește în infecțiile ușoare sau cu germeni sensibili la alte antibiotice, mai puțin toxice. Nu se asociază cu alte medicamente ototoxice (streptomicină, neomicină).

Kelen (clorură de etil)

P.— Lichid foarte volatil, conservat în *fiole* cu închidere specială (fiole a 50 g).

Ac.— Aplicat local pe piele sau unele mucoase provoacă hipoestezie prin refrigerație, care se menține timp scurt; inhalat provoacă repede anestezie generală.

Ind.— Ca anestezic local, pentru incizia flegmoanelor sau alte intervenții chirurgicale de foarte scurtă durată. Este folosit limitat ca anestezic general, numai pentru realizarea analgeziei inițiale (*rausch* kelenic).

Ad.— În aplicații locale, sub formă de jet (pentru anestezie locală); prin inhalare (pentru analgezie).

Ef. N.— Aplicarea excesivă a jetului de kelen poate fi cauză de degerături. Inhalat este foarte periculos, din cauza toxicității mari, a desfășurării rapide a fazelor anesteziei generale și a acțiunii iritante intense.

C.I.— Nu se folosește pentru anestezie generală în intervențiile de durată; este contraindicat ca anestezic general la cardiaci, hepatici, renali și pulmonari.

Scanned with OKEN Scanner

Lactat de calciu

P.— *Comprimate* conținînd lactat de calciu 500 mg (cutie cu 100 buc.).
Ac., Ind. și C.I.— Aceleași ca pentru calciu granulat.
Ad.— *Adulți:* 2—3 comprimate la mesele principale; *copii:* 1—4 comprimate /zi, în lapte.

Lactat de calciu dietetic

P.— *Comprimate* conținînd lactat de calciu 0,2 g, amidon 2,5 g (cutie cu 60 buc.).
Ac.— Pentru alimentația artificială a sugarului.
Ind.— Aport de calciu.
Ad.— Amestecat cu lapte îndulcit.
C.I.— Dispepsii acute.

Lactat de potasiu

P.— *Fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd lactat de potasiu corespunzător la cîte 20 mEq ioni de potasiu și ioni lactat (cutii cu 100 buc.).
Ac.— Aport de ioni de potasiu și proprietăți alcalinizante.
Ind.— Stări de hipokaliemie, atunci cînd este necesar aportul parenteral și cînd sînt însoțite de acidoză.
Ad.— În perfuzie intravenoasă lentă, 20 mEq (o fiolă) în 500—1 000 ml soluție fiziologică; se injectează cel mult 300 ml/oră, obișnuit fiind suficienți 50 mEq K^+/zi. Tratamentul se face sub supraveghere medicală strictă.
Ef.N.— Hiperkaliemie, fenomene de intoxicație cu potasiu, mergînd pînă la oprirea inimii (în cazul supradozării sau dacă excreția renală este necorespunzătoare).
C.I.— Insuficiență renală gravă, oligurie marcată sau anurie; prudență în insuficiența renală ușoară și în insuficiența suprarenală.

Scanned with OKEN Scanner

Lactat de sodiu

P. — *Fiole* a 20 ml soluție apoasă, conținînd lactat de sodiu corespunzător la cîte 20 mEq ioni de sodiu și ioni lactat (cutii cu 50 buc.).
Ac. — Crește rezerva alcalină și alcalinizează urina; efectul se instalează după 1—2 ore de la injectare (necesare transformării lactatului în bicarbonat). Un litru de soluție 1/6 M conține 167 mEq Na^+, echivalînd cu potențialul neutralizant a 280 ml soluție de bicarbonat de sodiu 5% și cu potențialul anticetogen a 600 ml soluție de glucoză 5%.
Ind. — În stări de acidoză și pentru alcalinizarea urinii.
Ad. — Se prepară soluția 1/6 M prin diluarea conținutului unei fiole (20 ml) pînă la un volum de 125 ml. Se injectează intravenos 60 ml/kg în acidoză și 30 ml/kg pentru alcalinizarea urinii; viteza de injectare nu trebuie să depășească 300 ml/oră.
Ef.N. — Dozele excesive provoacă supraîncărcarea circulatorie, eventual edeme; excesul de sodiu poate fi cauză de diaree, greață, vomă, hiperpnee, convulsii.
C.I. — Alcaloză, hipernatriemie, boli hepatice grave (lactatul nu poate fi metabolizat).

Lanatozid C* (lanatozid C^I, cedilanid, izolanid)

P. — *Soluție* pentru uz intern conținînd lanatozidă C 1 mg/ml sau 30 picături (flac. cu 10 ml); *drajeuri* conținînd lanatozidă C 0,25 mg (flac. cu 40 buc.); *fiole* a 2 ml soluție injectabilă conținînd dezacetil lanatozidă C 0,4 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Tonicardiac cu acțiune rapidă (apare în 10—30 minute, este maximă după 1—2 ore de la injectarea in-

* Deslanosid pentru forma injectabilă.

Scanned with OKEN Scanner

travenoasă) și de durată relativ scurtă (în condițiile digitalizării totale compensarea se menține 6 zile după oprirea medicației); se absoarbe intestinal cca. 40% (absorbția este inconstantă); proporția de inactivare este de circa 20% pe zi.

Ind. — Insuficiență cardiacă, forme acute sau grave, insuficiență cardiacă cu ritm lent, digitalizarea copiilor, digitalizare preoperatorie; fibrilație și flutter atrial cu ritm rapid (mai ales cînd inima este insuficientă); tahicardie paroxistică supraventriculară.

Ad. — *Adulți:* tratament de atac cu 1,5—2 mg/zi oral sau 0,6—0,8 mg/zi intravenos lent timp de 3—5 zile (pragul mediu de compensare este la 5 mg pentru calea orală, sau 2 mg pentru cea intravenoasă), întreținere cu 0,5—1,5 mg/zi oral sau 0,4 mg/zi intravenos; în edemul pulmonar acut 0,8—1,2 mg intravenos o dată, apoi cîte 0,1 mg la 30 minute pînă la o doză totală de 1,6 mg; *copii:* 0,1—0,4 mg/zi intramuscular sau intravenos.

Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru strofantină, față de care are un indice terapeutic mai bun. Supradozarea provoacă anorexie, greață, vomă, cefalee, aritmii.

Lasonil

P. — *Unguent* conținînd heparinoid 5 000 u. (corespunzător la 3 000 u.i. heparină) și hialuronidază 15 000 u.i./100 g (tub cu 40 g).

Ac. — Micșorează coagulabilitatea sîngelui, reduce vîscozitatea și crește permeabilitatea țesutului conjunctiv; ușurează resorbția edemelor, exsudatelor și hematoamelor.

Ind. — Entorse, contuzii, hematoame; tromboflebită, tromboze superficiale, ulcer varicos, hemoroizi.

Ad. — Local de 2—3 ori/zi (în tromboze și tromboflebite se aplică sub compresă).

Scanned with OKEN Scanner

Lauronil

P. — *Comprimate* conținînd scopolamină bromhidrică 0,6 mg și fenobarbital 100 mg (tub cu 20 buc.).
Ac. — Sedativ și deprimant motor central cu acțiune intensă; antispastic și antisecretor prin acțiune parasimpatolitică.
Ind. — Stări de excitație cu agitație motorie marcată, stări convulsive, *delirium tremens*, eclampsie, parkinsonism; rău de mișcare; pregătirea anesteziei generale.
Ad. — 1—3 comprimate/zi.
Ef.N. și C.I. — Aceleași precauții ca pentru scopolamină și fenobarbital; efectele deprimante centrale marcate impun grijă în folosire.

Lavoderm D

P. — *Soluție* vîscoasă conținînd alcool polivinilic 13 g, izooctilfenolpolietoxilat 0,5 g, sulfat de sodiu sic 2 g, bromură de cetilpiridiniu 0,1 g, glicerol 2 g, ulei de lavandă 0,1 g, alcool etilic 0,2 g, apă distilată pînă la 100 g (borcane a 1 kg).
Ac. și Ind. — Curățirea pielii de diferite impurități, la muncitorii din industrie.

Laxatin

P. — *Drajeuri* conținînd extract de *frangula* 64 mg, fenolftaleină 32 mg, sulfat de stricnină 0,65 mg, atropină sulfat 0,29 mg (plic cu 2 buc., flac. cu 20 buc.).
Ac. — Laxativ și purgativ prin *frangula* și fenolftaleină (cresc peristaltismul prin iritarea colonului); stricnina potențează efectul laxativ; atropina împiedică spasmele dureroase ale colonului.
Ind. — Constipație funcțională.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — 1—2 drajeuri seara la culcare.
Ef.N. — Uneori uscăciunea gurii prin atropină; fenolftaleina provoacă rareori erupții alergice.
C.I. — Apendicită, leziuni ulcerative ale mucoasei colonului, ileus mecanic, abdomen acut; glaucom; alergie la fenolftaleină. Se va evita în cursul alăptării.

Lecitină vegetală

P. — *Pulbere* îndulcită și aromatizată conținînd lecitină vegetală 20 g/100 (borcan cu 150 g); *emulsie* hidroalcoolică îndulcită și aromatizată conținînd lecitină vegetală 9 g/100 ml (flac. cu 500 ml).
Ac. — Aport de fosfolipide, acționează ca sursă de energie, are proprietăți lipotrope.
Ind. — Surmenaj, stări de convalescență, dezvoltare întîrziată la copii, vîrsta înaintată, ateroscleroză.
Ad. — *Adulți:* 3 linguriță cu vîrf de pulbere sau 3 linguri cu emulsie/zi; *copii:* 3 linguriță rase cu pulbere sau 3 linguriță de emulsie/zi, timp îndelungat.
C.I. — Diabet (preparatul conține zahăr); atenție la conținutul în alcool (14%) al emulsiei.

Levofolan (melphalan[I], alkeran)

P. — *Fiole* a 10 ml conținînd melfalan 10 mg dizolvat în 1 ml soluție de acid clorhidric 0,5 N, împreună cu fiole a 9 ml solvent conținînd citrat de sodiu, carbonat de sodiu și bicarbonat de sodiu.
Ac. — Agent alchilant anticanceros-antileucemic.
Ind. — Mielom multiplu, leucemie mieloidă cronică, cancere de sîn și ovar, boală Hodgkin, seminom.
Ad. — Soluția se prepară extemporaneu prin amestecarea conținutului celor 2 fiole. Se injectează intravenos 10 mg melfalan zilnic, sau 20 mg la 2—3 zile, pînă la o

Scanned with OKEN Scanner

doză totală de 100—120 mg, respectiv 120—150 mg; se poate injecta și în doză unică de 1 mg/kg, care eventual se repetă după 8 săptămîni. Pentru acțiune regională sau locală se injectează intraarterial sau intracavitar (după evacuarea lichidului și anestezia seroasei pleurale sau peritoneale cu procainã).

Ef.N. — Greață, vărsături, ulcerații ale mucoasei bucale, diaree, hemoragii digestive, alopecie trecătoare, uremie; deprimare reversibilă a hematopoiezei cu anemie, leucopenie, trombocitopenie (în cursul tratamentului este obligator controlul hematologic bisăptămînal și oprirea medicației în caz de leucopenie sub 3 000/mm³ sau trombocitopenie sub 100 000/mm³).

C.I. — Sarcină (mai ales în prima jumătate); leucopenie acută, trombocitopenie, anemie gravă, deprimarea hematopoiezei după radioterapie sau alte chimioterapice citotoxice; stări infecțioase, insuficiență renală și azotemie. Prudență la debilitați și cașectici.

Levomepromazin (levomepromazin[I], methotrimeprazine, nozinan)

P. — *Comprimate* conținînd levomepromazină maleat 25 mg sau 2 mg (flac. cu 20 buc.); *fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd levomepromazină hcl. 25 mg (cutii cu 10 și 100 buc.).

Ac. — Neuroleptic fenotiazinic, antipsihotic cu acțiune sedativă intensă; analgezic.

Ind. — Schizofrenie, stări depresive, psihoze halucinatorii cronice, sindroame confuzionale (inclusiv *delirium trémens*), tulburări de comportament la epileptici și oligofrenici; nevroze, sindrom psihovegetativ; preanestezie, sedare postanestezică; asociat cu analgezicele în dureri rebele.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — 1—6 comprimate a 25 mg/zi în afecțiunile psihotice sau nevrotice, 1—6 comprimate a 2 mg/zi în sindromul psihovegetativ; la nevoie 25—50 mg în injecție intramusculară sau în perfuzie intravenoasă (la bolnavi culcați, sub controlul pulsului și presiunii arteriale).
Ef.N. și C.I. — Asemănătoare clordelazinului: oboseala și somnolența sînt frecvente, hipotensiunea ortostatică este marcată și poate fi cauză de colaps (mai ales la bătrîni și copii); uscăciunea gurii, tahicardia și tulburările extrapiramidale sînt mai puțin pronunțate; tratamentul prelungit provoacă uneori creșterea greutății corporale. S-au semnalat cîteva cazuri de agranulocitoză.

Lichior purgativ

P. — *Soluție* pentru uz intern conținînd fenolftaleină 0,5 g, extract de *frangula* 12,5 g, excipient la 100 g (flac. cu 40 ml).
Ac. — Purgativ prin iritarea colonului.
Ind. — Constipație funcțională.
Ad. — 1/2—1 flacon seara la culcare.
Ef.N. — Fenolftaleina provoacă rareori erupții alergice; colorează în roșu urina alcalină.
C.I. — Apendicită, leziuni ulcerative ale mucoasei colonului, abdomen acut, ileus mecanic, nefrite acute; alergie la fenolftaleină. Se va evita în cursul alăptării.

Lizadon

P. — *Comprimate* conținînd papaverină hcl. 40 mg, atropină sulfurică 0,4 mg, fenobarbital 30 mg și aminofenazonă 150 mg (flac. cu 20 buc.); *comprimate forte* conținînd papaverină hcl. 80 mg, atropină sulfurică 0,5 mg, fenobarbital 30 mg și aminofenazonă 200 mg (flac. cu

Scanned with OKEN Scanner

10 buc.); *supozitoare* conținînd papaverină hcl. 30 mg, atropină sulfurică 0,3 mg și fenobarbital 20 mg (cutie cu 3 buc.).

Ac. — Antispastic musculotrop prin papaverină, antispastic și antisecretor parasimpatolitic prin atropină, sedativ și slab antispastic prin fenobarbital, analgezic antiinflamator și antispastic prin aminofenazonă.

Ind. — Dureri ulceroase, spasme biliare, colită spastică, colici intestinale, spasme ureterale, dismenoree.

Ad. — *Adulți:* 1 comprimat sau 1 supozitor de 2—4 ori/zi; *copii* (peste 7 ani): 1/2 comprimat sau 1/2 supozitor o dată; comprimatele forte se folosesc numai la adulți.

Ef.N. — Frecvent uscăciunea gurii, palpitații, tulburări de vedere, constipație, dificultate în micțiune (prin atropină); rareori erupții cutanate, edem angioneurotic (prin fenobarbital sau aminofenazonă); excepțional leucopenie sau agranulocitoză (prin aminofenazonă).

C.I. — Glaucom, ileus paralitic, retenție de urină; alergie la barbiturice și aminofenazonă, leucopenie, anemie severă, insuficiență hepatică și renală grave; prudență în cardiopatiile ischemice grave, insuficiența cardiacă și la bătrîni.

Locacorten

P. — *Unguent* conținînd flumetazonă pivalat 0,2% (tub cu 15 g).

Ac. — Preparat cortizonic cu acțiuni antiinflamatorie, antialergică și antipruriginoasă intense; efectul se limitează la piele, fără fenomene sistemice.

Ind. — Eczeme, dermatite diverse, neurodermite, psoriazis, lichen plan, lupus eritematos discoid netuberculos; se folosește în cazurile subacute sau cronice și în inflamațiile cu piele uscată.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — Local pe piele, de 2—3 ori/zi (eventual sub pansament protector, schimbat la 24—48 ore); se continuă 1—2 săptămîni după vindecarea aparentă.
Ef.N. — Favorizarea infecţiilor locale; rareori iritaţie locală, prurit, hipertricoză, erupţii acneiforme, hipopigmentare; tratamentul prelungit, mai ales sub pansament, poate provoca atrofia pielii, vergeturi, telangiectazii. Aplicarea pe suprafeţe întinse produce uneori fenomene cortizonice sistemice.
C.I. — Dermite infecţioase şi fungice, afecţiuni tuberculoase ale pielii, dermatite sifilitice, herpes, varicelă, vaccină; leziuni zemuinde întinse.

Locacorten TAR

P. — *Unguent* conţinînd flumetazonă pivalat 20 mg, gudron de huilă 1,50 g, acid salicilic 1 g, excipient pînă la 100 g (tub cu 15 g).
Ac. — Asocierea unui derivat cortizonic pentru uz dermatologic; cu gudronul de huilă şi acidul salicilic conferă proprietăţi antiinflamatorii, antiproliferative şi keratolitice; forma pomadă asigură un efect ocluziv, cu lubrefierea şi rehidratarea pielii, uşurînd ramolirea leziunilor cutanate de tip psoriazic.
Ind. — Psoriazis, eczeme cronice, lichen plan, neurodermite rebele.
Ad. — Local pe piele, în aplicaţii deschise, sub pansament protector simplu sau sub pansament ocluziv; se administrează de 1—2 ori/zi, după înlăturarea scuamelor.
Ef.N. — Favorizează dezvoltarea infecţiilor (prin flumetazonă), care impun oprirea tratamentului (se înlocuieşte cu locacorten-vioform); provoacă uneori iritaţie cutanată şi foliculită (prin gudron).
C.I. — Tuberculoză cutanată, dermatoze sifilitice; nu se aplică pe leziuni acute şi subacute; se va feri de contactul cu conjunctiva.

Scanned with OKEN Scanner

Locacorten-vioform

P. — *Unguent* conținînd flumetazonă pivalat 20 mg, cliochinol 3 g, excipient pînă la 100 g (tub cu 15 g).

Ac. — Asocierea unui derivat cortizonic pentru uz dermatologic cu un derivat hidroxichinolinic halogenat conferă proprietăți antiinflamatorii și antiseptice (antibacteriene, antifungice).

Ind. — Eczeme infectate, cazuri selecționate de piodermite și micoze cutanate (forme subcronice sau cronice, inflamații cu pielea uscată).

Ad. — Local pe piele, de 1—3 ori/zi.

Ef.N. — Rareori iritație locală, prurit, erupții acneiforme, hipopigmentare, hipertricoză; aplicarea pe suprafețe întinse poate fi cauzată de fenomene cortizonice sistemice.

C.I. — Tuberculoză cutanată, dermatoze sifilitice, varicelă, vaccină; nu se aplică pe leziuni zemuinde; se va feri contactul cu conjunctiva.

Lutestan

P. — *Fiole* a 1 ml soluție uleioasă conținînd testosteron propionat 10 mg și progesteron 5 mg *(lutestan mite)* sau testosteron propionat 25 mg și progesteron 10 mg *(lutestan forte)* (cutie cu 3 buc.).

Ac. — Asociație echilibrată de androgen și progestativ, inhibă secreția de hormoni hipofizari gonadotropi și antagonizează acțiunea foliculinei.

Ind. — Hiperfoliculinie, menometroragii funcționale, tulburări premenstruale.

Ad. — Intramuscular 1 fiolă lutestan mite la 3 zile, în ultima decadă a ciclului menstrual (în tulburările premen-

Scanned with OKEN Scanner

struale); 1 fiolă de lutestan forte zilnic, timp de 3 zile (în menometroragii).
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru testosteron și progesteron.

Madiol (methandriol[I])

P. — *Comprimate* conținînd metandriol 25 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Steroid cu acțiuni anabolizantă și virilizantă slabe.
Ind. — Anorexie nervoasă, întîrziere în creștere, convalescență, osteoporoză senilă; dismenoree, cancer de sîn inoperabil.
Ad. — *Adulți:* sublingual 1—4 comprimate/zi (mai mult în cancerul de sîn); *copii* (peste 3 ani): 1/4—1 comprimat o dată la două zile.
Ef.N. — Dozele mari produc virilizare și tulburări menstruale la femei; tratamentul îndelungat poate provoca icter colestatic.
C.I. — Cancer de prostată, sarcină, afecțiuni hepatice.

Marisang (gelofusine, haemaccel, plasmagel)

P. — *Soluție* coloidală injectabilă conținînd gelatină modificată (g.m. medie 30 000) 40 g/1 000 ml (flac. cu 450 ml).
Ac. — Substituent de plasmă, reface masa circulantă și permite creșterea presiunii arteriale scăzute în condiții de hipovolemie acută; efectul hemodinamic se menține aproximativ 24 ore. Gelatina modificată nu este antigenică și se păstrează fluidă în soluție.
Ind. — Diferite tipuri de șoc: neurogen, anafilactic, infecțios, hemoragic, operator, traumatic sau prin arsuri; pentru stabilizarea circulației în cursul anesteziei generale și intervențiilor chirurgicale majore.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — Intravenos, în perfuzie lentă sau rapidă (5—10 ml/min.), cîte un flacon (450 ml) de 1—2 ori/zi; soluția trebuie să fie transparentă.
C.I. — Insuficiență cardiacă gravă; prudență în folosirea digitalicelor (toxicitate crescută prin aport de calciu); nu se amestecă cu sîngele citratat.

Meclofenoxat (meclofenoxathydrochlorid I, centrophenoxine, lucidril)

P. — *Comprimate* conținînd meclofenoxat 100 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Stimulant și regulator metabolic al sistemului nervos central.
Ind. — Obnubilare (după traumatisme, intervenții chirurgicale, leziuni cerebrovasculare), stări comatoase, confuzie mintală, tulburări de memorie, surmenaj, anxietate, insomnie, stări depresive, *delirium tremens*; întîrziere în dezvoltarea psihosomatică la copii, sechele postencefalitice; tulburări endocrine prin dereglare hipotalamo-hipofizară.
Ad. — Oral, *adulți:* 3 comprimate de 3—4 ori/zi (în cazurile grave se pot folosi inițial 2 g/zi); *copii:* 1—2 comprimate de 3 ori/zi.
C.I. — Stări de excitație.

Mecopar forte

P. — *Drajeuri* conținînd 0,1—metionină 100 mg, colină tartrat 100 mg, tiamină 2,6 mg, riboflavină 2 mg, biotină 0,1 mg, pantotenat de calciu 3,5 mg, piridoxină 2 mg, cianocobalamină 0,67 mcg, vitamină PP 6 mg, vitamină E 3 mg (cutie cu 20 buc.).
Ac. — Factori lipotropi și vitamine cu acțiune hepatoprotectoare, hepatotrofică și detoxifiantă.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Hepatite cronice și ciroze cu infiltrație și degenerescență grasă; profilactic în condiții de expunere la substanțe hepatotoxice medicinale sau industriale; sarcină toxică, boală de iradiere, ateroscleroză, boli degenerative ale sistemului nervos.
Ad. — 1—3 drajeuri la mese.
C.I. — Encefalopatie portală, precomă și comă hepatică.

Medroxiprogesteron (medroxyprogesteronacetat[I], provera)

P. — *Comprimate* conținînd medroxiprogesteron acetat 10 mg (flac. cu 30 buc.).
Ac. — Aceleași ca pentru acetoxiprogesteron; are acțiune intensă și este eficace pe cale orală.
Ind. — Aceleași ca pentru acetoxiprogesteron.
Ad. — Oral, 2,5—10 mg zilnic; în avort 10—40 mg/zi.
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru acetoxiprogesteron.

Meguan (metformin[I], glucophage)

P. — *Comprimate* conținînd metformină hcl. 500 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. — Antidiabetic de sinteză cu structură biguanidică, activ pe cale orală; poate corecta și dislipemia diabetică.
Ind. — Diabet stabil la adulți, mai ales la obezi sau în prezența complicațiilor vasculare; în asociație cu sulfamidele la diabeticii obezi sau rezistenți la acestea; în asociație cu insulina în diabetul juvenil, labil și cel insulinorezistent.
Ad. — 2 comprimate de 3 ori/zi, după mese, ca tratament de atac, 1 comprimat de 2—3 ori/zi ca tratament de întreținere.
Ef.N. — Anorexie, greață, vomă, diaree.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Acidoză, comă diabetică, diabet infantil, infecții intercurente și intervenții chirurgicale la diabetici (se folosește insulina); sarcină, insuficiență cardiacă, insuficiență hepatică, insuficiență renală; prudență în șoc și în stări de hipoxemie.

Mentorin

P. — *Soluție* pentru uz extern conținînd camfor 0,47 g, eucaliptol 0,63 g, triclorbutanol 1 g, oleu de parafină la 100 ml (flac. cu 20 ml).

Ac. — Antiseptic și slab anestezic local.

Ind. — Rinite catarale.

Ad. — 2—3 picături de 3—4 ori/zi.

Ef.N. — Rareori dermatită de contact, eczemă, conjunctivită; la copiii mici chiar spasm de glotă (prin mentol).

C.I.— Alergie la mentol.

Mepacrin (mepacrin[I], atebrin, quinacrin)

P.— *Comprimate* conținînd mepacrină 100 mg (flac. cu 100 buc.).

Ac. — Antimalaric cu acțiune schizontocidă hematică; antihelmintic activ față de cestodele mari și *Giardia intestinalis.*

Ind. — Tratamentul acceselor și chimioprofilaxia individuală a malariei; teniaze intestinale, giardioză; lupus eritematos diseminat și alte colagenoze.

Ad. — *Adulți:* în crizele de malarie 1 g în prima zi, apoi 300 mg/zi 5—7 zile; pentru chimioprofilaxie 100 mg/zi; 700—800 mg dizolvate în apă și introduse prin sonda duodenală (în teniaze); 300 mg/zi 7 zile (în giardioză); *copii:* 20 mg/an de vîrstă, zilnic.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Dozele terapeutice pot provoca ameţeli, cefalee, tulburări digestive minore, iar dozele mari greaţă, vomă, uneori convulsii, tulburări mintale; administrarea prelungită poate fi cauză de dermatoze cronice (chiar dermatită exfoliativă), hepatită, anemie aplastică. Pielea şi urina se colorează de obicei în galben.
C.I. — Psihoze, alergie sau idiosincrazie; se va evita asocierea cu primachina (toxicitate crescută).

Meprobamat (meprobamat[I], equanil, miltown, pertranquil)

P. — *Comprimate* conţinînd meprobamat 400 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. — Tranchilizant şi miorelaxant cu efect de durată medie (6 ore).
Ind. — Anxietate, stări de tensiune psihică, insomnie, sindrom psihovegetativ, sindrom de abstinenţă la alcoolici şi morfinomani; pregătirea anesteziei generale; spasme reactive ale musculaturii striate în afecţiuni neurologice sau reumatice.
Ad. — 1/2—1 comprimat de 2—3 ori/zi.
Ef.N. — De obicei minore: somnolenţă, diminuarea performanţelor (mai ales la dozele mari), potenţarea băuturilor alcoolice, anorexie, greaţă, vomă, diaree, cefalee; rareori reacţii alergice: erupţii cutanate eritematoase, purpură, edeme, artralgii, stomatită, proctită, bronhospasm, febră şi frisoane, deprimarea hematopoiezei. Dozele mari administrate îndelungat pot provoca toleranţă şi dependenţă.
C.I. — Stări precomatoase şi comatoase, intoxicaţii acute cu substanţe deprimante centrale, epilepsie; porfirie, intoleranţă şi alergie specifică. Prudenţă în timpul sarcinii şi alăptării, în insuficienţa hepatică şi renală, la

Scanned with OKEN Scanner

bătrîni și debilitați. Se va evita administrarea ambulator la șoferi, dispeceri și în alte profesiuni care impun atenție și performanțe riguroase; se recomandă evitarea băuturilor alcoolice și prudență sau evitarea altor deprimante centrale.

Metaspar

P.— *Capsule* conținînd metionină 62,5 mg, acid aspartic 62,5 mg, tiamină 1,95 mg, riboflavină 1,5 mg, piridoxină 15 mg, acid nicotinic 3 mg (flac. cu 40 buc.).
Ac.— Asociație de metionină, acid aspartic și vitamine din complexul B, cu acțiune hepatotrofică și hepatoprotectoare.
Ind.— Hepatită cronică, steatoză hepatică.
Ad.— Oral, 6—8 capsule de 3 ori/zi, înaintea meselor, timp de 30 zile (eventual în cure repetate).
C.I.— Encefalopatie hepatoportală, precomă și comă hepatică.

Metenamin (methenamin[I], hexametilentetramin, urotropin)

P.— *Comprimate* conținînd metenamină 500 mg (flac. cu 20 buc.); *fiole* a 5 ml soluție apoasă conținînd metenamină 1,25 g (cutie cu 10 buc.).
Ac.— Dezinfectant urinar prin formaldehida eliberată în urina acidă.
Ind.— Infecții urinare, ca tratament în formele rezistente la chimioterapice și antibiotice și pentru profilaxia recurențelor.
Ad.— 1 comprimat de 3—4 ori/zi sau injecții intravenoase 1/2—1 fiolă/zi; se asociază cu clorură de amoniu sau fosfat acid de sodiu pentru acidifierea urinii.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N.— Cistită, hematurie, micțiune dureroasă (la doze mari).
C.I.— Nefrită, inflamații acute ale căilor urinare; boli renale cu insuficiență de concentrare a urinii.

Meticilină (meticillin-natrium[I], celbenin)

P.— Flacoane conținînd meticilină *pulbere* 1 g.
Ac.— Penicilină de sinteză cu spectrul asemănător benzilpenicilinei; este activă și față de stafilococii secretori de penicilinază.
Ind.— Stafilococii rezistente la benzilpenicilină.
Ad.— Intramuscular la *adulți* 1—1,5 g la 4—6 ore; la *copii* 250 mg—1 g (după vîrstă) la fiecare 6 ore; intravenos 1—2 g la 6 ore (în infecțiile grave); intratecal la adulți 10 mg/zi, la copii 3—4 mg/zi (în meningita stafilococică).
Ef.N.— Reacții alergice, chiar șoc anafilactic; rareori anemie, neutropenie, leucocitoză, eozinofilie, eritem, edeme, vomă, febră, nefrită interstițială trecătoare; supra-infecții mai ales cu bacterii Gram-negative; durere la locul injecției intramusculare sau flebită pentru injectarea intravenoasă.
C.I.— Alergie la peniciline; prudență la sugari. Se va evita în infecțiile cu germeni sensibili la benzilpenicilină, în sifilis și în gonoree.

Metiltestosteron (methyltestosteron[I], perandren, testoviron)

P.— *Comprimate* conținînd metiltestosteron 10 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac.— Derivat de testosteron activ perlingual, mai puțin pe cale orală; provoacă dezvoltarea organelor sexuale accesorii și a caracterelor sexuale secundare masculine; deprimă funcția ovariană datorită inhibării secreției de gonadotropine hipofizare; favorizează anabolismul pro-

Scanned with OKEN Scanner

teic, pozitivînd balanţa azotată; favorizează retenţia hidroelectrolitică.

Ind.— La *bărbaţi*: climacteriu, impotenţă sexuală, tulburări de castrare, eunucoidism, cazuri selecţionate de criptorhidism; la *femei*: tulburări de menopauză, osteoporoză postmenopauză, dismenoree şi tensiune premenstruală, sîngerări uterine funcţionale, tumefacţie dureroasă a sînilor *post partum* (la femei care nu alăptează), cancer de sîn inoperabil.

Ad. — Perlingual 5—20 mg/zi ca medicaţie de substituţie, 100 mg/zi în cancerul de sîn.

Ef.N. — Creştere în greutate, edeme, hipercalcemie, acnee, congestie cu bufeuri, priapism, azoospermie, pozitivarea probelor hepatice, rareori icter colestatic. Dozele mari la băieţi provoacă dezvoltarea sexuală precoce şi oprirea creşterii, la bărbaţi pot inhiba funcţia testiculară, iar la femei pot suprima activitatea ovariană cu amenoree, fenomene de virilizare şi creşterea libidoului.

C.I.— Carcinom de prostată, carcinom de sînt la bărbaţi, boli hepatice grave, sarcină (virilizarea fătului feminin); prudenţă în insuficienţa cardiacă, la renali, în hipertensiunea arterială, ateroscleroza avansată, în migrenă, epilepsie şi alte afecţiuni în care retenţia hidrosalină este dăunătoare.

Metiltiouracil (methylthiouracil[I])

P.— *Comprimate* conţinînd metiltiouracil 50 mg (cutie cu 100 buc.).

Ac.— Antitiroidian de sinteză, deprimă formarea hormonilor tiroidieni, ameliorînd simptomatologia clinică şi biologică a hipertiroidismului; efectul este evident după o perioadă de latenţă de 2—4 săptămîni.

Ind.— Hipertiroidism (cînd intervenţia chirurgicală nu este indicată), pregătire pentru tiroidectomie; angină de piept rezistentă la tratament.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — *Adulți:* inițial 4—8 comprimate/zi (în 3 prize), apoi tratament de întreținere cu 1—3 comprimate/zi; *copii:* inițial 2 mg/kilocorp și zi, apoi se scade pînă la doza de întreținere.
Ef.N. — Greață, cefalee, erupții cutanate, febră, artralgii, tumefacția glandelor salivare și a ganglionilor limfatici, hepatită, căderea părului; pericolul deprimării hematopoiezei (leucopenie, purpură trombopenică, anemie aplastică, agranulocitoză) impune un control clinic și hematologic riguros. Trece prin bariera placentară putînd afecta fătul. Volumul tiroidei se poate mări ușor; creșterea marcată a volumului glandei indică supradozarea.
C.I. — Gușă retrosternală sau alte situații de obstrucție a traheei; prudență mare în leucopenie, anemie, trombopenie, sarcină (doze mici, medicația trebuie oprită în ultima lună de graviditate); alăptatul în cursul tratamentului este interzis.

Metosept (pansterin)

P. — *Soluție* pentru uz extern conținînd acid salicilic 120 mg, mentol 200 mg, albastru de metilen 10 mg, diaminometilacridină hcl. 20 mg, alcool 66 g, apă distilată pînă la 100 g (flac. cu 100 g).
Ac. și Ind. — Antisepsia pielii.
Ad. — Local în badijonări.
Ef.N. și C.I. — Reacții alergice specifice.

Metronidazol (metronidazol[I], flagyl)

P. — *Comprimate orale* conținînd metronidazol 250 mg (flac. cu 20 buc.); *comprimate vaginale* conținînd metronidazol 500 mg (flac. cu 10 buc.).
Ac. — Chimioterapic activ față de *Trichomonas vaginalis* și *Giardia intestinalis.*

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Vaginită și uretrită tricomonazică; giardioză.

Ad. — În tricomonază, la *femeie* cîte un comprimat oral de 2 ori/zi (după mese) și un comprimat vaginal în fiecare seară, timp de 10 zile; la *bărbat* cîte un comprimat oral de 2 ori/zi timp de 10 zile (în caz de eșec se poate repeta după 4—6 săptămîni, crescînd doza la 3—4 comprimate orale/zi); în lambliază, la *adulți* cîte 1 comprimat de 2 ori/zi 5 zile, la *copii* 1—2 comprimate/zi (după vîrstă) 5 zile.

Ef.N. — Greață, gust metalic, limbă încărcată, cefalee (relativ frecvent), diaree, uscăciunea gurii, neplăcere epigastrică, arsuri vaginale, erupții cutanate, amețeli, somnolență (rareori), febră, congestie nazală, disurie, cistită, scăderea libidoului, vertij, ataxie, leucopenie (foarte rar).

C.I. — Discrazii sanguine, boli active ale sistemului nervos central; se evită în primele 3 luni de sarcină și prudență în continuare. Se vor evita băuturile alcoolice (reacții toxice).

Mexaform

P.— *Comprimate* conținînd cliochinol 200 mg, fanchinonă 20 mg și oxifenoniu 2 mg (cutie cu 20 buc.).

Ac.— Antiseptic intestinal și antiamebian prin cliochinol și fanchinonă, antispastic prin oxifenoniu; nu dezechilibrează simbioza microbiană din intestin.

Ind. — Disbacterii intestinale, dispepsii de fermentație sau putrefacție, enterite bacteriene sau parazitare, diaree nespecifică.

Ad.— *Adulți:* 1—2 comprimate de 3 ori/zi; *copii:* 1/2—3 comprimate/zi (după vîrstă), fracționat. În cazurile acute tratamentul se administrează cel mult o săptămînă, în cele cronice cel mult o lună.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N.— Rareori fenomene de iodism sau greaţă; foarte rar nevrită periferică, mielopatie, nevrită optică (în cazul administrării prelungite); interferă (timp îndelungat) cu testele funcţionale tiroidiene.

C.I.— Boli hepatice şi renale, alergie la iod; glaucom, adenom de prostată, stenoză pilorică.

Mialgin (pethidin[I], dolantin, meperidin)

P.— *Fiole* a 2 ml soluţie apoasă conţinînd petidină hcl. 100 mg (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Substituent de sinteză al morfinei cu acţiune analgezică euforizantă ceva mai slabă ca aceasta şi de durată mai scurtă (2 ore); deprimă slab respiraţia; este mai puţin spastic pentru musculatura netedă deoarece are şi acţiuni de tip atropinic.

Ind.— Dureri puternice în colici (în asociere cu antispastice), dureri postoperatorii; pregătirea anesteziei generale şi a intervenţiilor chirurgicale.

Ad.— Intramuscular 1/2—1 fiolă la nevoie, se poate repeta după 2—3 ore.

Ef.N. — Asemănătoare celor ale morfinei, dar mai puţin importante; dozele terapeutice pot provoca slăbiciune, ameţeli, sudoraţie, uscăciunea gurii, uneori greaţă şi vomă; rareori hipotensiune ortostatică, deprimare respiratorie, constipaţie, retenţie de urină; dependenţa se dezvoltă relativ lent, dar pericolul este acelaşi ca pentru morfină. Asocierea cu inhibitori de monoaminooxidază şi unele fenotiazine neuroleptice poate fi urmată de excitaţie, confuzie, colaps sau deprimare respiratorie marcată.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Alergie specifică, deprimare respiratorie marcată, hipertensiune intracraniană, astm bronşic, boli hepatice grave; prudenţă în situaţiile care contraindică morfina. La copii se foloseşte excepţional şi în doze mici; prudenţă în analgezia obstetricală. Prudenţă şi doze mici cînd se asociază cu deprimante centrale. Nu se asociază cu inhibitori de monoaminooxidază.

Microcomprimate cu bacitracină

Produs pentru identificarea rapidă a streptococilor β-hemolitici din grupa A.

Microcomprimate cu zaharuri şi alcooli

Microcomprimate conţinînd arabinoză, aesculină, glucoză, inozită, lactoză, manită, rafinoză, trehaloză. Servesc la determinarea proprietăţilor biochimice ale microorganismelor, în special a capacităţii de fermentare.

Microcomprimate pentru antibiogramă

Microcomprimate pentru antibiograme cu difuziune mare, cuprinse în 4 seturi: *trusă de uz curent* (ampicilină, eritromicină, kanamicină, oxacilină, penicilină G, streptomicină, tetraciclină); *trusă suplimentară pentru infecţii stafilococice* (lincomicină, novobiocină, pristinamicină, rifampicină); *trusă suplimentară pentru infecţii locale şi digestive* (bacitracină, furazolidonă, neomicină, polimixină B); *trusă suplimentară pentru infecţii urinare* (acid nalidixic, colistin, nitrofurantoină, sulfafurazol).

Scanned with OKEN Scanner

Mincortid (acetat de dezoxicorticosteron, cortiron, percorten)

P. — *Fiole* a 1 ml soluție uleioasă conținînd acetat de dezoxicorticosteron 5 mg sau 10 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Hormon mineralcorticoid, favorizează reabsorbția tubulară renală a clorurii de sodiu și apei, pe care le reține în organism, mărește eliminarea renală a potasiului; crește presiunea arterială.
Ind. — Boală Addison (ca medicație de substituție parțială), sindrom suprarenogenital de deperdiție salină.
Ad. — *Adulți:* intramuscular doză de atac 5—10 mg (a nu se depăși 10 mg/zi), întreținere cu 1—5 mg/zi (în boala Addison); *copii:* 1—5 mg/zi (după vîrstă).
Ef.N. — Retenție hidrosalină cu creșterea volemiei, hipertensiune arterială, declanșarea sau agravarea insuficienței cardiace; cefalee, artralgii, sindrom hipokaliemic (slăbiciune musculară, paralizie); reacții alergice.
C.I. — Hipertensiune arterială, boli cardiace, alergie specifică; prudență sau se evită în timpul sarcinii și alăptării.

Miofilin (aminophyllinum, carena, euphyllin, theophylamin)

P. — *Comprimate* conținînd aminofilină 100 mg (plic cu 10 buc.); *fiole* a 2 ml sau 10 ml soluție apoasă conținînd aminofilină 48 mg, respectiv 240 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Bronhodilatator și antispastic, vasodilatator; stimulant miocardic, diuretic, slab stimulant psihomotor.
Ind. — Astm bronșic; colici; insuficiență cardiacă cu bradicardie, astm cardiac, respirație Cheyne-Stokes, edeme cardiace sau nefrotice discrete; boală Raynaud.
Ad. — *Adulți:* oral 2—3 comprimate de 3 ori/zi înainte de mese sau, în caz de iritație gastrică după mese (seara

Scanned with OKEN Scanner

se asociază cu un hipnotic), intravenos lent (în 10—15 minute) 1—2 fiole a 240 mg/zi; *copii:* 1/4—1 comprimat de 2—3 ori/zi, intravenos lent 1—3 fiole a 48 mg de 1—2 ori/zi.

Ef.N. — Neliniște, insomnie, iritație gastrică; la copii, dozele mari pot provoca greață, vomă, hematemeză, neliniște, tremor, convulsii, somnolență, poliurie, colaps. Injectarea intravenoasă prea rapidă poate fi cauză de cefalee, palpitații, ameteli, greață, hipotensiune; injecția intramusculară este dureroasă.

C.I. — Prudență în caz de iritație sau hemoragii ale mucoasei gastrointestinale, hipotensiune arterială, hemoragie cerebrală, excitație centrală, epilepsie, nefrită acută; prudență sau se evită la copii mici.

Miostin (neostigmin[I], neoeserin, prostigmin)

P. — *Comprimate* conținînd neostigmină bromură 15 mg (flac. cu 20 buc.); *fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd neostigmină metilsulfat 0,5 mg (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Stimulant al musculaturii netede gastrointestinale și vezicale; stimulant al musculaturii striate și decurarizant prin acțiune anticolinesterazică.

Ind. — Distensie abdominală postoperatorie, ileus paralitic, retenție urinară postoperatorie și *post partum*. Miastenie gravă, pareze și paralizii diverse; intoxicație acută cu d-tubocurarină, galamină și alte curarizante antidepolarizante (se injectează prealabil atropină, pentru combaterea fenomenelor muscarinice).

Ad. — Oral 1—2 comprimate de 3—4 ori/zi, subcutanat sau intravenos 1—2 fiole o dată (în ileus paralitic), 2—4 fiole de cîteva ori pe zi (în miastenia gravă).

Ef.N. — Colici intestinale și diaree, salivație, rinoree, lăcrimare, transpirație; posibilitatea reacțiilor colinerg-

Scanned with OKEN Scanner

gice exagerate impune prudență în folosirea preparatului injectabil, avînd la îndemînă atropină și medicație anticolaps.
C.I. — Obstrucție intestinală sau urinară, astm bronșic; prudență sau se evită în sarcină, parkinsonism și epilepsie, ulcer, diaree, bradicardie, infarct miocardic recent, insuficiență cardiacă, hipotensiune arterială.

Moldamin (benzathin-benzylpenicillin[I], extencilline)

P. — *Flacoane* conținînd benzatinpenicilină 600 000 u.i. sau 1 200 000 u.i.
Ac. — Aceleași ca pentru penicilina G; se absoarbe lent de la locul injectării intramusculare, realizînd concentrații sanguine relativ mici și avînd acțiune prelungită — 4 zile sau mai mult.
Ind. — Angină streptococică, gonoree, sifilis; sterilizarea purtătorilor de streptococi, profilaxia recurențelor de reumatism poliarticular acut, profilaxia endocarditei bacteriene la valvulari (se administrează înainte de amigdalectomie sau extracții dentare).
Ad. — Intramuscular 600 000—2 400 000 u.i. o dată la 3—7 zile (sau mai rar, în cazul folosirii profilactice).
Ef.N. — Reacții alergice, uneori grave; injecția intramusculară este dureroasă (uneori infiltrație și febră).
C.I. — Alergie la peniciline; nu se folosește în infecții acute sau de mare gravitate; la diabetici absorbția de la locul injectării este redusă.

Morfina

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd morfină hcl. 20 mg (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Analgezic euforizant cu acțiune intensă, care durează 4—6 ore; are proprietăți calmante; deprimă respi-

Scanned with OKEN Scanner

raţia şi reflexul de tuse; stimulează musculatura netedă; contractă sfincterele tractului gastrointestinal, sfincterul Oddi, sfincterul vezicii urinare, creşte tonusul musculaturii bronşice, produce mioză.

Ind. — Dureri mari în colici biliare şi nefretice (se asociază cu antispastice), cancer, infarct de miocard, dureri după intervenţii chirurgicale; şoc în faza iniţială; edem pulmonar acut; pregătirea anesteziei generale şi intervenţiilor chirurgicale.

Ad. — Subcutanat 1/2—1 fiolă; la nevoie, 1—3 fiole/zi (doze mai mari la toleranţă).

Ef.N. — Deprimare marcată a respiraţiei, uscarea bronhiilor, greaţă şi vomă, constipaţie, creşterea presiunii intrabiliare şi retenţie de suc pancreatic, dificultate în micţiune, bronhoconstricţie, întîrzierea travaliului, hipotensiune ortostatică, creşterea presiunii L.C.R., reacţii histaminice locale sau generale; în *delirium tremens* şi în afecţiunile convulsivante poate creşte starea de excitaţie. Pericolul de dependenţă este mare, iar sindromul de abstinenţă grav. Toxicitatea este crescută la copii, bătrîni, hipotiroidieni, în condiţii de hipoxie şi în insuficienţa hepatică.

C.I. — Deprimare respiratorie, stări hipoxice, traumatisme craniene şi hipertensiune intracraniană, astm bronşic, pancreatită acută hemoragică, intervenţii chirurgicale pe căile biliare. Nu se foloseşte la copii mici; prudenţă sau se evită în timpul sarcinii şi alăptării; nu este indicată pentru analgezia obstetricală. Prudenţă în insuficienţa hepatică, mixedem, la bătrîni, debilitaţi şi la alergici; prudenţă şi doze mici cînd se asociază cu alte deprimante centrale şi cu antidepresive. Morfina trebuie indicată cu multă grijă, iar folosirea repetată trebuie evitată.

Scanned with OKEN Scanner

Morfină cu atropină

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd morfină hcl. 20 mg și atropină sulfurică 1 mg (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Analgezic euforizant cu acțiune intensă prin morfină; atropina micșorează unele efecte adverse.
Ind. — Aceleași ca pentru morfină; este mai avantajoasă pentru combaterea durerilor în colici și pentru pregătirea preanestezică.
Ad. — Subcutanat 1/2—1 fiolă; la nevoie, 1—2 fiole/zi.
Ef.N. — Aceleași ca pentru morfină, dar mai puțin spasm al musculaturii netede, deprimare respiratorie, greață și vomă, constipație.
C.I. — Aceleași ca pentru morfină; datorită atropinei este contraindicată în glaucom.

Morinamid (morinamid^{I}, morphazinamid, piazolina)

P. — *Comprimate* conținînd morinamidă hcl. 500 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. și Ind. — Tuberculostatic și leprostatic derivat de pirazinamidă, are aceleași indicații ca aceasta; rezistența este încrucișată.
Ad. — Oral 2—3 g (4—6 comprimate) pe zi (fracționat. pe stomacul gol).
Ef.N. — Rareori anorexie, greață, cefalee, erupții cutanate, afectare hepatică sau renală (la doze mari).
C.I. — Insuficiență hepatică severă, alergie specifică; prudență sau se evită în sarcină și la copii mici.

Moruat de sodiu

P. — *Fiole* a 2 ml soluție injectabilă, conținînd sarea sodică a unor acizi grași din untura de pește, 100 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Iritant și sclerozant al pereților venelor.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Varice primitive superficiale, mici și mijlocii.
Ad. — Injecții lente în venele varicoase (între garouri), obișnuit cîte 0,5 ml.
Ef.N. — Rareori reacții alergice grave, chiar colaps și moarte în caz de hipersensibilitate.
C.I. — Hipersensibilitate la moruatul de sodiu (se testează obligator sensibilitatea); tromboză a venelor profunde ale membrului inferior, flebite acute sau alte afecțiuni în regiunea varicelor.

Multiglutin

P. — *Fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd glutamat de sodiu 2,12 g, glutamat de potasiu 0,04 g, glutamat de calciu 0,0365 g (cutie cu 10 sau 50 buc.).
Ac. — Detoxificant prin fixarea amoniacului în insuficiența hepatică; crește capacitatea funcțională a scoarței cerebrale.
Ind. — Encefalopatie portală, precoma și coma hepatică.
Ad. — 2—10 fiole intravenos, în injecții sau perfuzii.
C.I. — Oligurie și insuficiență renală.

Naposim (metandienon[I], dianabol)

P. — *Comprimate* conținînd metandienonă 5 mg (flac. cu 20 buc.); *soluție* apoasă pentru uz intern conținînd metandienonă 1 mg/ml/25 picături (flac. cu 20 ml).
Ac. — Steroid cu acțiune anabolizantă intensă și efecte virilizante slabe; favorizează creșterea în greutate, mărește apetitul, ameliorează starea generală, pozitivează balanța azotată, antagonizează acțiunea catabolizantă a cortizonilor și radioterapiei.
Ind. — Stări de deficit proteic în convalescență prelungită, boli infecțioase cronice, stări de slăbiciune, caşexie, epuizare la bătrîni; pierdere de proteine sau consum pro-

Scanned with OKEN Scanner

teic crescut în intervenţii chirurgicale mari, traumatisme grave, arsuri întinse, insuficienţă renală cu azotemie, nefroză; osteoporoză, fracturi care se consolidează greu, miodistrofii; în cursul tratamentului prelungit cu cortizoni, chimioterapice anticanceroase şi antileucemice, şi al radioterapiei.

Ad. — *Adulţi:* 1—4 comprimate/zi; *copii* 3—7 ani: 12—25 picături (0,5—1 mg)/zi, 7—14 ani: 25—50 picături/zi.

Ef.N. — Menstruaţie neregulată, metroragii în postmenopauză, tumefacţia sînilor, greaţă, edeme; rareori la femei reacţii de virilizare, în sarcină masculinizarea fătului feminin, la băieţi pubertate precoce şi oprirea creşterii. Tratamentul prelungit poate fi cauză de icter colestatic.

C.I. — Cancer de prostată, boli hepatice, sarcină, lactaţie; prudenţă în insuficienţa cardiacă, hipertensiunea arterială gravă, ateroscleroza avansată.

Napoton (chlordiazepoxid[I], librium)

P. — *Drajeuri* conţinînd clordiazepoxid 5 mg sau 10 mg (flac. cu 30 buc.).

Ac. — Tranchilizant şi miorelaxant cu efect de lungă durată (8—10 ore).

Ind. — Stări de anxietate, tensiune psihică (şi implicaţii — insomnie, cefalee etc.), sindrom psihovegetativ, stări depresive cu agitaţie, alcoolism cronic, tulburări de comportament la copii; medicaţie pre- şi postoperatorie; spasme reactive ale musculaturii striate (psihoneurogene, miogene sau reumatice), stări spastice la copii (tetraplegie, atetoză dublă, boală Little).

Ad. — *Adulţi:* 5—40 mg/zi (în medie 20 mg); *copii:* 5—20 mg/zi.

Ef.N. — În general minore: somnolenţă, oboseală, apatie, stare de iritaţie, ameţeli, ataxie, greaţă, constipaţie, mai rar diaree, impotenţă sexuală, tulburări menstruale,

Scanned with OKEN Scanner

polakiurie, erupţii cutanate; s-au semnalat cîteva cazuri de disfuncţie hepatică şi discrazii sanguine. Oprirea bruscă a tratamentului îndelungat poate provoca sindrom de abstinenţă, uneori chiar convulsii.
C.I. — Intoxicaţii acute cu deprimante centrale, stări comatoase, colaps, alergie specifică; prudenţă în timpul sarcinii şi alăptării, la debilitaţi, bătrîni, în insuficienţa renală şi hepatică; nu se indică la şoferi, dispeceri etc., în timpul lucrului; este necesară evitarea băuturilor alcoolice şi prudenţă în dozarea altor deprimante centrale.

Nămol de turbă

P. — Formaţie naturală geologică actuală sau tînără, de consistenţă păstoasă, conţine substanţe minerale şi organice fin dispersate în apă (pachete a 1 kg).
Ac. — Provoacă revulsie, creşte capacitatea de apărare şi modifică circulaţia, favorizează resorbţia proceselor inflamatorii cronice.
Ind. — Boli reumatice cronice, redoare articulară, nevralgii subacute şi cronice, lombosciatică discală, metroanexită cronică.
Ad. — Sub formă de comprese sau băi calde.
C.I. — Hipertensiune arterială, ateroscleroză cerebrală avansată, insuficienţă cardiacă, endocardită, miocardită şi aritmii, stări hemoragice, stări febrile, boli infecţioase, tuberculoză activă, cancer şi în general orice afecţiuni acute.

Nefrix (hydrochlorothiazid I, esidrex)

P. — *Comprimate* conţinînd hidroclorotiazidă 25 mg (flac. cu 40 buc.).
Ac. — Diuretic tiazidic cu acţiune de intensitate moderată, care se menţine aproximativ 12 ore; scade presiunea

Scanned with OKEN Scanner

arterială crescută și potențează efectul medicamentelor antihipertensive.
Ind. — Edeme cardiace, nefrotice, cirotice, carențiale, gravidice, cortizonice, sindrom premenstrual; edeme localizate (posttrombotice, posttraumatice); hipertensiune arterială (singur sau în asociație cu alte hipotensive); ca medicație adjuvantă în diabetul insipid (concentrează urina) și în hipercalciuria idiopatică (scade eliminarea de calciu).
Ad. — Ca diuretic, 1—2 comprimate de 2 ori/zi zilnic sau în cazul tratamentului prelungit 5 zile consecutiv în fiecare săptămînă cu 2 zile pauză (se controlează potasemia și glicemia); ca hipotensiv, 1—2 comprimate zilnic.
Ef.N. — Hiponatremie, hipokaliemie cu creșterea toxicității digitalicelor (se suplimentează potasiul), alcaloză hipocloremică, creșterea amoniemiei, agravarea insuficienței renale, creșterea uricemiei, mărirea glicemiei și agravarea diabetului. Rareori anorexie, greață, vomă, colici, diaree, constipație, icter colestatic, pancreatită (pentru administrarea prelungită), cefalee, amețeli, parestezii, xantopsie, erupții cutanate, fotosensibilizare, purpură trombopenică, anemie aplastică, leucopenie, agranulocitoză (de natură alergică).
C.I. — Anurie, insuficiență renală, aritmii digitalice și alte stări de hiperexcitabilitate miocardică; prudență în ciroza decompensată, diabet, gută, stări de hipokaliemie, ca și în timpul sarcinii și alăptării. Nu se administrează la cei cu alergie sau intoleranță la sulfamide.

Negamicin (neomycin A)

P. — *Comprimate* conținînd neomicină sulfat 500 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Antibiotic cu spectru larg, cuprinzînd germeni Gram-pozitivi și Gram-negativi, inclusiv unele tulpini de proteu și piocianic, micobacterii, actinomicete. Admi-

Scanned with OKEN Scanner

nistrat oral acționează numai la nivelul intestinului (absorbția este minimă).

Ind. — Diaree infecțioasă provocată de *E. coli*, *Shigella*, *Proteus vulgaris*, salmonele și alți germeni sensibili; suprimarea florei intestinale înaintea intervențiilor chirurgicale pe colon sau anus și în insuficiența hepatică gravă (pentru profilaxia și tratamentul comei hepatice).

Ad. — Oral, *adulți:* 2—3 g/zi; *copii:* 25—50 mg/kilocorp și zi (fracționat la 4—6 ore).

Ef.N. — Malabsorbție intestinală, diminuarea absorbției penicilinelor orale; rareori greață și neplăcere abdominală; tratamentul prelungit (mai mult de 3 zile) favorizează suprainfecțiile cu organisme rezistente, mai ales *Candida*.

C.I. — Alergie specifică, obstrucție intestinală; prudență în caz de ulcerații întinse ale intestinului (se pot absorbi doze toxice pentru rinichi sau nervul acustic).

Negamicin B unguent (Nebacetin Salbe)

P. — *Unguent* conținînd neomicină sulfat 0,50 g, bacitracină 50 000 u.i. (1 g), vaselină 73,5 g, lanolină 20 g, ceară galbenă 5 g (tub cu 6 g).

Ac. — Asociație de neomicină și bacitracină pentru uz local, realizează un spectru larg de activitate antimicrobiană (germeni Gram-pozitivi, inclusiv stafilococi rezistenți la alte antibiotice, germeni Gram-negativi); este activ în prezența plasmei, țesuturilor necrozate, puroiului; nu inhibă fagocitoza.

Ind. — Piodermite, eczeme și dermatoze infectate, *ulcus cruris*, plăgi infectate, arsuri.

Ad. — Local, în strat subțire, de cîteva ori pe zi.

Ef.N. — Suprainfecții cu germeni rezistenți, inclusiv infecții micotice; rareori reacții alergice.

C.I. — Alergie la neomicină sau bacitracină.

Scanned with OKEN Scanner

Nematocton

P. — *Comprimate* conținînd piperazină adipat 300 mg (flac. cu 20 buc.); *sirop* conținînd piperazină hidrat 10 g sau 20 g/100 ml (flac. cu 50 sau 100 ml).
Ac. și Ind. — Antihelmintic activ față de *Ascaris lumbricoides* (limbrici) și *Enterobius vermicularis* (oxiuri).
Ad. — În ascaridioză 75 mg/kg (fără a depăși 3,5 g pentru adult) într-o singură doză, 2 zile consecutiv (se poate repeta după 2 săptămîni); în oxiuriază 65 mg/kg (fără a depăși 2 g), zilnic, timp de 7 zile (se poate repeta după 2 săptămîni).
Ef.N. — Urticarie; dozele mari provoacă greață, vomă, cefalee, parestezii, tulburări de vedere, slăbiciune musculară, agravarea epilepsiei.
C.I. — Stări convulsive la copii; prudență în bolile neurologice și în insuficiența renală.

Neoanemovit

P. — *Soluție* îndulcită conținînd fier gluconic 3 g, cupru clorură 0,05 g și cobalt clorură 0,05 g/100 g (flac. cu 125 ml).
Ac. — Antianemic prin aport de fier; asocierea dozelor mici de cupru și cobalt crește eficacitatea.
Ind. — Anemie feriprivă, nutrițională sau consecutivă pierderii sau distrugerii excesive de hematii, anemii secundare infecțiilor.
Ad. — *Adulți:* 1 linguriță — 1 lingură de 2—3 ori/zi (la mese); *copii:* 1 linguriță de 2—3 ori/zi.
Ef.N. — Greață, diaree, constipație; cobaltul în doze mari sau la idiosincrazici poate provoca vomă, erupții cutanate, dureri precordiale, mărirea de volum și deprimarea funcției tiroidei, tulburări de auz.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Hemocromatoză, idiosincrazie la cobalt, insuficiență cardiacă, anemie pernicioasă, hipotiroidism, tulburări de auz; grijă la renali; nu se folosește la copii sub 2 ani.

Neohepar

P. — *Fiole* a 2 ml sau 5 ml soluție conținînd extract hepatic purificat corespunzător la 20 mcg, respectiv la 50 mcg cianocobalamină (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Antianemic, corectează tulburările din anemia pernicioasă; trofic hepatic.
Ind. — Anemie pernicioasă și alte forme de anemie megaloblastică; hepatită cronică.
Ad. — Intramuscular, 1—2 fiole a 5 ml/zi ca tratament de atac, 1 fiolă/săptămînă ca tratament de întreținere (în anemia pernicioasă).
Ef.N. și C.I. — Reacții alergice sau histaminice: congestia feței, tahicardie, hipotensiune chiar colaps, urticarie, bronhospasm; durere la locul injecției. Indicarea nejudicioasă poate întîrzia diagnosticul și tratamentul corect al anemiei pernicioase.

Neopreol

P. — *Unguent* (pomadă) conținînd prednisolon 0,25 g, neomicină sulf. 0,50 g și untură de pește 40 g/100 g (tub cu 25 g).
Ac. — Preparat dermatologic antiinflamator și antipruriginos prin prednisolon, antimicrobian prin neomicină, trofic și epitelizant prin vitamina A (conținută în untura de pește).
Ind. — Cazuri selecționate de ulcere cronice ale pielii (varicoase și altele), radiodermite cronice ulcerate

Scanned with OKEN Scanner

(după înlăturarea țesutului necrozat), arsuri localizate de gradul I și II.

Ad. — Local, de 2—3 ori/zi.

Ef.N. — Suprainfecții cu germeni rezistenți, reacții iritative sau alergice locale; cînd unguentul se aplică pe suprafețe mari, timp îndelungat, sînt posibile efecte cortizonice sistemice.

C.I. — Leziuni tuberculoase ale pielii, herpes, vaccină, varicelă, micoze cutanate; alergie la neomicină; la gravide nu se va aplica pe suprafețe mari, timp îndelungat.

Neoxazol (sulfafurazol[I], gantrisin, sulfizoxazol)

P. — *Comprimate* conținînd sulfafurazol 500 mg (flac. cu 20 buc.); *fiole* a 5 ml soluție apoasă conținînd sulfafurazol 2 g (cutie cu 5 sau 100 buc.); *suspensie* pentru uz intern (la copii), conținînd sulfafurazol 100 mg/ml (flac. cu 100 ml).

Ac. — Sulfamidă cu spectru antibacterian larg; bine solubilă în urină unde realizează concentrații bactericide.

Ind. — Infecții cu germeni sensibili: infecții urinare cu *E. coli*, *Klebsiella-Aerobacter*, stafilococ auriu, *Proteus mirabilis*, mai rar *Proteus vulgaris* (curativ și profilactic), meningită meningococică, faringite, otite, trahom, conjunctivită cu incluzii, șancru moale, nocardioză.

Ad. — *Adulți:* în infecții urinare inițial 2 g (4 comprimate) apoi cîte 1 g la 6 ore, în infecții sistemice inițial 3 g, apoi cîte 1 g la 4—6 ore; *copii:* inițial 75 mg/kg, apoi cîte 50—150 mg/kg și zi (1—3 linguriițe suspensie pentru fiecare 10 kg), fracționat la 4—6 ore.

Ef.N. — Rareori erupții cutanate, febră, cefalee, greață, vomă, diaree, hepatită, pancreatită, agranulocitoză, anemie aplastică, nevrite, sindrom Stevens-Johnson,

Scanned with OKEN Scanner

congestie conjunctivală, purpură, hematurie, cristalurie (se ingeră lichide multe, se alcalinizează urina).
C.I. — Alergie la sulfamide, sarcină la termen, nou-născuți (în primele 2 luni), perioada de lactație; prudență în bolile hepatice, renale, obstrucția urinară, discrazii sanguine, la alergici și în timpul sarcinii.

Nervocalm

P. — *Sirop* conținînd tinctură sedativă 9 g și bromură de sodiu 10,40 g/100 ml (flac. cu 125 ml).
Ac. — Sedativ, deprimant motor central.
Ind. — Stări de agitație psihomotorie, isterie.
Ef.N. — Folosirea cronică poate fi cauză de bromism.
C.I. — Insuficiență renală, arterioscleroză avansată, dezechilibru electrolitic marcat, intoleranță la bromuri; prudență la edematoși și cardiaci (aport de sodiu).

Niclosamid (niclosamid[I], yomesan)

P. — *Comprimate* conținînd niclosamidă 500 mg (flac. cu 4 buc.).
Ac. și Ind. — Tenicid activ față de *Taenia saginata*, *T. solium* și *Diphyllobotrium latum*.
Ad. — *Adulți:* 4 comprimate o dată, dimineața, după micul dejun; *copii:* mai mari de 6 ani, aceeași doză ca la adult, 2—6 ani 2 comprimate o dată, sub 2 ani 1 comprimat după masa de dimineață.
Ef.N. — Deoarece ouăle eliberate prin digestia proglotelor de *T. solium* nu sînt omorîte, există riscul cisticercozei; în cazul acestei teniaze se recomandă administrarea unui purgativ la 2 ore după antihelmintic.

Scanned with OKEN Scanner

Nidacil (acetyldigitoxin, acylanid)

P. — *Fiole* a 2 ml soluție injectabilă conținînd acetildigitoxină 0,2 mg (cutie cu 5 buc.); *soluție* pentru uz intern conținînd acetildigitoxină 0,5 mg/ml sau 25 picături (flac. cu 10 ml); *comprimate* conținînd acetildigitoxină 0,2 mg (flac. cu 20 buc.); supozitoare conținînd acetildigitoxină 0,5 mg (cutie cu 6 buc.).
Ac. — Tonicardiac cu acțiune lentă (se instalează în 1—5 ore de la administrarea orală) și relativ prelungită (durează 1—3 zile, iar în condițiile digitalizării totale, compensarea se menține circa 13 zile după oprirea medicației); se absoarbe digestiv 80%, proporția de inactivare este de 10% pe zi.
Ind. — Insuficiență cardiacă, în special forme cu ritm rapid; tahicardie paroxistică, fibrilație și flutter atrial.
Ad. — *Adulți:* doză de atac 0,6—0,8 mg/zi oral, 1—1,5 mg/zi rectal, 0,5—0,8 mg/zi intravenos lent, diluat în soluție glucozată 5% (pragul mediu de compensare este la 2,5 mg pentru calea orală sau 2 mg pentru cea intravenoasă); doză de întreținere 0,1—0,3 mg/zi oral, 0,25—0,5 mg/zi rectal, 0,1—0,3 mg/zi intravenos; *copii:* doză de atac 0,02—0,04 mg/kilocorp/zi oral, doză de întreținere 0,005—0,01 mg/kilocorp/zi oral.
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru digitoxină, dar pericolul de cumulare este ceva mai mic.

Nidoflor

P. — *Unguent* conținînd nistatină 10 milioane u.i., neomicină sulf. 382 mg, triamcinolonă acetonid 100 mg/100 g (tub cu 15 g).
Ac. — Preparat dermatologic cu acțiune antimicotică eficace în candidoze (prin nistatină), acțiune antimicrobiană cu spectru larg (prin neomicină), antiinflamator și antipruriginos (prin triamcinolonă).

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Candidoze cutanate, piodermite, eczemă infantilă, lichen simplex cronic; dermatite — atopică, eczematoidă, numulară, de contact, seboreică, neurodermită — complicate cu infecţii candidozice şi/sau bacteriene.
Ad. — În aplicaţii locale, de 2—3 ori/zi.
Ef.N. — Reacţii locale alergice sau de intoleranţă, suprainfecţii cu germeni rezistenţi, efecte cortizonice sistemice (cînd crema se aplică pe suprafeţe mari, timp îndelungat).
C.I. — Leziuni tuberculoase sau virotice (*herpes simplex*, vaccină, varicelă) ale pielii, micoze cutanate în afara candidozei.

Nilfan (chloropyraminI, halopyramine, synopen)

P. — *Drajeuri* conţinînd cloropiramină hcl. 25 mg (flac. cu 20 buc.); supozitoare conţinînd cloropiramină hcl. 10 mg (cutie cu 6 buc.).
Ac. — Antihistaminic şi antialergic cu acţiune de durată medie (4—6 ore); slab sedativ.
Ind. — Aceleaşi ca pentru feniramin; este util mai ales ca antihistaminic de zi.
Ad. — 1 drajeu sau 1—2 supozitoare de 3 ori/zi.
Ef.N. — Foarte rar sedare, somnolenţă uşoară, ameţeli; poate diminua reflexele la şoferi.

Nistatin

Vezi Stamicin.

Nitrazepam (nitrazepamI, mogadon)

P. — *Comprimate* conţinînd nitrazepam 2,5 mg (cutie cu 20 buc.).
Ac. — Sedativ şi hipnotic; efectul apare după 1/2—1 oră şi durează 6—8 ore. Antiepileptic minor.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Insomnie provocată de anxietate; unele forme de epilepsie rebelă, la copii.
Ad. — *Adulți:* 2 comprimate la culcare (se poate crește pînă la 4 comprimate); *copii:* 1/2—2 comprimate (după vîrstă).
Ef.N. — Uneori somnolență sau buimăceală la trezire; bătrînii pot prezenta stări confuzionale (se recomandă doze mici). Utilizarea prelungită este uneori cauză de dependență de tip barbituric.
C.I. — Miastenie gravă; nu se administrează ambulator la persoane cu profesii care solicită concentrarea intensă și prelungită a funcțiilor psihice (șoferi, dispeceri etc.); se evită asocierea cu neurolepticele fenotiazinice și consumul băuturilor alcoolice.

Nitrofurantoin (nitrofurantoin[I], furadantin)

P. — *Comprimate* enterosolubile conținînd nitrofurantoină 100 mg (flac. cu 30 buc.).
Ac. — Antibacterian cu spectru larg, realizează în urină concentrații bacteriostatice sau bactericide pentru bacilii coliformi și cocii piogeni; *Proteus* și *Pseudomonas* sînt de obicei insensibili. Rezistența se dezvoltă rar.
Ind. — Infecții genitourinare: pielită, pielonefrită, cistită, prostatită, uretrită.
Ad. — *Adulți:* 50—100 mg de 4 ori/zi (la mese sau cu lapte); *copii:* 2—5 mg/kg și zi.
Ef.N. — Uneori greață, vomă, diaree, cefalee, erupții cutanate, edem angioneurotic, reacții anafilactoide, infiltrații pulmonare alergice, cefalee, amețeli, nistagmus, somnolență, dureri musculare; foarte rar polinevrite (mai ales la bolnavi cu insuficiență renală, diabet, dezechilibru electrolitic, debilitate marcată), anemie

Scanned with OKEN Scanner

megaloblastică, anemie hemolitică (la cei cu deficit de glucozo-6-fosfatdehidrogenază), leucopenie, lezarea ficatului.

C.I. — Alergie la nitrofurantoină, oligurie, anurie, insuficiență renală, sarcină la termen, nou-născuți și sugari; prudență în timpul sarcinii și alăptării, la bolnavi debilitați.

Nitroglicerină (trinitrin)

P. — *Comprimate* conținînd nitroglicerină 0,5 mg (tub cu 20 buc.); soluție alcoolică conținînd nitroglicerină 1% (flac. cu 95 ml).

Ac. — Antianginos prin scăderea efortului inimii (reduce rezistența periferică) și vasodilatație coronariană; acțiunea este rapidă (se instalează în circa 2 minute), intensă și de scurtă durată (15—30 minute); relaxează musculatura netedă. Dezvoltă un grad de toleranță.

Ind. — Criza de angină de piept; spasme dureroase la nivelul tractului digestiv, căilor biliare, tractului genito-urinar.

Ad. — 1/2—1 comprimat sau 1—3 picături perlingual, în timpul crizei sau înaintea efortului la anginoși.

Ef.N. — Dozele mari provoacă congestia feței, cefalee, senzație de sufocare, uneori greață, vărsături, sudorație, slăbiciune, chiar lipotimie; abuzul poate fi cauză de methemoglobinemie și cianoză. Conservarea îndelungată duce la diminuarea eficacității corespunzător volatilizării nitroglicerinei.

C.I. — Infarct de miocard în stadiu acut, hipotensiune arterială marcată, glaucom, hipertensiune intracraniană, traumatisme craniene, hemoragie cerebrală, anemie severă; idiosincrazie la nitriți.

Scanned with OKEN Scanner

Nitroglicerină R

P. — *Comprimate* conținînd nitroglicerină 2,5 mg înglobată în polietilenă amilsodică (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Antianginos prin diminuarea efortului inimii (reduce rezistența periferică) și vasodilatație coronariană. Preparatul, de tip retard, eliberează treptat nitroglicerina în intestin, efectul instalîndu-se în 1/2—1 oră și menținîndu-se 10—12 ore.
Ind. — Pentru prevenirea sau diminuarea frecvenței și intensității crizelor anginoase.
Ad. — Oral (se înghite) cîte un comprimat la intervale de 8—12 ore.
Ef.N. — Cefalee trecătoare.
C.I. — Glaucom netratat, hipotensiune arterială, idiosincrazie la nitriți.

Nizotin (ethionamid I, trecator)

P. — *Drajeuri* enterosolubile conținînd etionamidă 250 mg (flac. cu 100 buc.); *supozitoare* conținînd etionamidă 500 mg sau 50 mg (cutie cu 6 buc.).
Ac. — Antituberculos mai puțin activ și mai puțin toxic decît izoniazida; dezvoltă repede rezistență.
Ind. — Medicație de releu în infecțiile tuberculoase rezistente la chimioterapicele majore.
Ad. — *Adulți:* oral 0,5—1 g/zi (fracționat, la mese); *copii:* oral sau rectal 10—20 mg/kilocorp și zi (dozele mai mari pentru copii mici). Este obligatorie asocierea cu alte antituberculoase.
Ef.N. — Tulburările digestive sînt frecvente: anorexie, gust metalic, greață, vomă, salivație, stomatită, diaree; rareori leziuni hepatice și icter, diminuarea auzului, diplopie, cefalee, insomnie sau somnolență, nevrite, convulsii, hipotensiune, erupții cutanate, alopecie,

Scanned with OKEN Scanner

ginecomastie, impotență, tulburări menstruale. Declanșează uneori fenomene psihotice la alcoolici; poate crește efectele adverse ale altor antituberculoase; diabetul devine uneori mai greu de controlat prin antidiabetice.

C.I. — Alergie specifică; prudență în stări depresive, la psihotici, epileptici, alcoolici, la hepatici, renali și în sarcină.

Norartrinal (levarterenol[I], arterenol, noradrenalin, norepinephrin)

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd levarterenol bitartrat 2 mg sau 4 mg, corespunzînd la 1 mg respectiv 2 mg levarterenol bază (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Vasoconstrictor și hipertensiv prin acțiune simpatomimetică directă; efectul este de scurtă durată.

Ind. — Colaps chirurgical și traumatic, colaps prin hemoragie, infarct de miocard, rahianestezie, simpatectomie, feocromocitomectomie, șoc anafilactic, colaps în infecții grave, colaps toxic și posttransfuzional. Local, pentru prelungirea acțiunii anesteziceior locale, pentru decongestionarea mucoaselor, pentru combaterea sîngerării capilare.

Ad. — Perfuzie în vene mari cu o soluție conținînd 4 mg levarterenol bază/1 000 ml soluție izotonă glucozată sau salină; se introduc 10—20 picături/minut, sub controlul presiunii arteriale. Aplicații locale în soluție 1/5 000 pentru oprirea hemoragiilor capilare; în soluție 1/100 000—1/50 000 asociat procainei (în infiltrații).

Ef.N. — Rareori anxietate, cefalee, dispnee, palpitații, bradicardie; supradozarea provoacă hipertensiune marcată, fotofobie, durere retrosternală și faringiană, sudo-

Scanned with OKEN Scanner

rație, vomă; pericol de accidente cerebrovasculare în arterioscleroza avansată. Uneori hipotensiune la oprirea bruscă a perfuziei prelungite. Poate fi cauză de ischemie la locul injectării.

C.I. — Hiperexcitabilitate miocardică în anestezia cu halotan sau ciclopropan, în caz de supradozare a digitalicelor, sub tratament chinidinic sau după tratament diuretic intens; prudență la hipertiroidieni (mai sensibili la simpatomimetice) și în arterioscleroza avansată. Nu se folosește în cursul sarcinii.

Novobiocin (novobiocin[I], albamycin, cathomycin)

P. — *Comprimate* conținînd novobiocină 350 mg (flac. cu 12 buc.).

Ac. — Antibiotic bacteriostatic cu acțiune asupra germenilor Gram-pozitivi, în special asupra stafilococilor și pneumococilor: cocii Gram-negativi sînt moderat sensibili; unele tulpini de proteu sînt sensibile. Rezistența se dezvoltă repede.

Ind. — Infecții cu stafilococi, pneumococi, *Proteus vulgaris* și alți germeni sensibili la novobiocină, dar rezistenți la antibioticele majore; infecții cu germeni sensibili la bolnavi alergici la penicilină. Se recomandă asocierea cu eritromicina (pentru a evita rezistența).

Ad. — *Adulți:* 1—2 g/zi; *copii:* 15—30 mg/kilocorp și zi, fracționat la 6—12 ore.

Ef.N. — Reacții alergice — urticarie, febră, eozinofilie, granulocitopenie, trombocitopenie — relativ frecvent; uneori greață, vomă, colici, diaree, disfuncție hepatică, pigmentare cutanată, care poate simula icterul.

C.I. — Alergie la novobiocină; nu se folosește la copii sub 6 luni; prudență în sarcină (mai ales în ultima perioadă).

Scanned with OKEN Scanner

Odinart

P. — *Fiole* a 10 ml soluţie apoasă conţinînd iodură de sodiu 220 mg, tiosulfat de magneziu 100 mg şi procaină hcl. 10 mg (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Considerat ca antiaterogen, favorizează resorbţia proceselor inflamatorii cronice, expectorant, antimicotic prin iodură; analgezic şi antispastic slab prin procaină; tiosulfatul de magneziu micşorează riscul reacţiilor idiosincrazice şi alergice la iodură şi procaină.
Ind. — Ateroscleroză, reumatism cronic, nevralgii, bronşite cronice, sifilis terţiar, actinomicoză (ca medicaţie adjuvantă).
Ad. — Intramuscular, 1 fiolă la 2 zile (în serii de 10—15 fiole).
Ef.N. — Reacţii alergice sau de intoleranţă la iod sau la procaină; acţiune congestivă.
C.I. — Alergie sau intoleranţă specifică, hipertiroidism, tuberculoză pulmonară evolutivă, hemoptizie, afecţiuni bronhopulmonare acute.

Odiston (natriumamidotrizoat[I], urografin, uromiro)

P. — *Fiole* a 20 ml soluţie apoasă injectabilă intravenos, conţinînd amidotrizoat metilglucoamină 30%, 60% şi 75% (cutie cu 1 fiolă + 1 fiolă test de 1 ml).
Ac. şi Ind. — Produs de contrast triiodat pentru urografie intravenoasă, pielografie ascendentă, cistografie, flebografie şi arteriografie.
Ef.N. — Poate provoca reacţii generale, uneori foarte grave: greaţă, vomă, senzaţie de căldură şi gust metalic, slăbiciune, sete, cefalee, tuse şi strănut, prurit, urticarie, paloare, tahicardie, hipotensiune, dispnee; durere de-a lungul venei, eventual tromboză.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Intoleranţă sau alergie la iod (investigare anamnestică, testare prealabilă a sensibilităţii), boli parenchimatoase, hepatice şi renale cu insuficienţă funcţională, hipertiroidism sever, leziuni miocardice grave; prudenţă în tuberculoză, astm şi la alergici. Flebografia este contraindicată în tromboflebite.

Ovestrol

P. — *Ovule* conţinînd hexestrol diacetilat 50 mg, sulfatiazol 250 mg, acid lactic 50 mg (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Trofic al mucoasei vaginale prin hexestrol, antimicrobian prin sulfatiazol şi acidul lactic.
Ind. — Vaginite, prurit vulvar, leucoree.
C.I. — Leziuni canceroase sau precanceroase ale vulvei sau vaginului, vaginite prin hiperfoliculinie; alergie la sulfamide.

Oxacilină (oxacillin-natrium[I], bristopen, prostaphilin)

P. — *Capsule* operculate conţinînd oxacilină sodică 275 mg (corespunzător la 250 mg oxacilină) (cutie cu 12 buc.); *flacoane* conţinînd oxacilină sodică 250 mg şi 500 mg pentru injecţii.
Ac. — Penicilină de semisinteză cu spectru asemănător benzilpenicilinei; este activă faţă de stafilococii rezistenţi la benzilpenicilină, dar pentru ceilalţi germeni potenţa este mai mică. Este relativ rezistentă la acizi.
Ind. — Stafilocociile rezistente la benzilpenicilină.
Ad. — *Adulţi:* oral 500 mg — 1 g la 4—6 ore (pe stomacul gol); intramuscular 250—500 mg la 4—6 ore; *copii* (sub 40 kg): 50—100 mg/kilocorp şi zi.
Ef.N. — Erupţii cutanate alergice, prurit, eozinofilie, greaţă, vomă, diaree, rareori creşterea transaminazei

Scanned with OKEN Scanner

glutamicoxalacetică şi disfuncţie hepatocelulară; la sugari dozele mari pot provoca hematurie şi azotemie; supra-infecţii cu stafilococi, *Pseudomonas*, *Proteus* sau *Candida*.
C.I. — Alergie la peniciline; prudenţă la nou-născuţi, la alergici şi în insuficienţa hepatică; se va evita în infecţiile cu germeni sensibili la benzilpenicilină, în sifilis, gonoree şi infecţiile grave (septicemii, osteomielită).

Oxitocina S (oxitocin I, syntocinon)

P. — *Fiole* a 2 ml soluţie apoasă, conţinînd oxitocină sintetică 2 u.i.; *fiole* a 1 ml soluţie apoasă, conţinînd oxitocină sintetică 5 u.i.
Ac. — Preparat de sinteză similar cu hormonul ocitocic hipofizar, provoacă contracţii uterine de tip fiziologic (sensibilitatea miometrului este maximă la sfîrşitul sarcinii); stimulează mioepiteliul glandei mamare, favorizînd ejecţia laptelui.
Ind — Pentru inducerea travaliului şi combaterea inerţiei uterine; pentru expulzia placentei şi controlul hemoragiilor *post partum*.
Ad. — Perfuzie intravenoasă cu soluţia conţinînd oxitocină 10 u. în 1 000 ml soluţie glucozată izotonă, injectată la început cîte 0,5 ml (10 picături)/minut, crescînd, la nevoie, pînă la 2 ml/minut, sub control medical strict — pentru inducerea travaliului; injecţii intramusculare cu 5—10 u. în hemoragiile *post partum*.
Ef.N — Contracţii uterine excesive, care pot provoca ruptura uterului sau asfixie fetală; retenţie şi intoxicaţie cu apă (la dozele mari).
C.I. — Toxemie gravidică, hipertonie uterină, predispoziţie la ruptura uterului, *placenta praevia*, disproporţie cefalopelvină importantă, malpoziţie fetală, suferinţă fetală evidentă.

Scanned with OKEN Scanner

Oxiuran

P. — *Drajeuri* conținînd metilrozanilină clorură 25 mg sau 10 mg (flac. cu 100 buc.).

Ac. și Ind. — Antihelmintic activ în oxiuriază, strongiloidoză, clonorchiază; antiseptic.

Ad. — *Adulți:* 150—200 mg (6—8 drajeuri de 25 mg)/zi; *copii:* 10 mg/an de vîrstă zilnic; se administrează în cure de 5—7 zile, separate prin pauze egale.

Ef.N. — Uneori greață, vomă, diaree, colici, cefalee, ameteli, oboseală.

C.I. — Leziuni ale mucoasei gastrointestinale, nefrite, insuficiență renală sau insuficiență hepatică grave.

Pancol

P. — *Folii* sterile conținînd extract liofilizat de colagen animal (în plic de polietilenă).

Ac. și Ind. — Pansament pe plăgi; usucă, protejează și favorizează vindecarea.

Ad. — Se aplică în condiții sterile, după curățirea plăgii, ca pansament deschis, la nevoie sub tifon (sub control medical).

Ef.N. — Senzație dureroasă cînd se aplică pe arsurile proaspete; suprainfecții, mai ales în cazul plăgilor cu exsudat sau sîngerare abundentă (se asociază cu antibiotice sau chimioterapice).

C.I. — Nu se asociază cu antiseptice care eliberează clor sau oxigen (cloramine, peroxizi), cu substanțe astringente (tanin, azotat de argint) sau caustice (tinctură de iod), cu enzime proteolitice, cu unguente sau cu pulberi inerte.

Scanned with OKEN Scanner

Pantotenat de calciu (calcii pantothenas[I])

P. — *Fiole* a 5 ml soluție apoasă conținînd pantotenat de calciu 500 mg (cutie cu 5 sau 100 buc.).

Ac. — Vitamină din complexul B, intră în structura coenzimei A.

Ind. — Hipotonie intestinală, distensie abdominală, ileus paralitic, intoxicație cu streptomicină, boli reumatice (ca medicație adjuvantă).

Ad. — Intramuscular 1 fiolă/zi.

Ef.N. — Rareori reacții alergice.

C.I. — Hemofilie.

Papaverină (papaverin)

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd papaverină hcl. 40 mg (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Antispastic și vasodilatator prin acțiune directă asupra musculaturii netede.

Ind. — Stări spastice ale musculaturii netede digestive și biliare; spasm piloric, constipație spastică, colici intestinale, diskinezie biliară hipertonă, colici biliare; dismenoree; spasme vasculare cerebrale și periferice, angină de piept.

Ad. — 1 fiolă subcutanat sau intravenos lent, la nevoie; se poate administra și pe cale orală (2 fiole o dată); a nu se depăși 200 mg o dată și 600 mg/zi.

Ef.N. — Dozele mari administrate oral pot fi cauză de somnolență, greață și vomă, constipație, neplăcere epigastrică, amețeli, cefalee, sudorație; injectarea intravenoasă poate provoca aritmii cardiace, colaps, deprimarea respirației (este necesară prudență).

Scanned with OKEN Scanner

Paracetamol (paracetamol[I], acetaminophen, panadol)

P. — *Comprimate* conținînd paracetamol 500 mg (benzi de celofan cu 10 buc.); *supozitoare* conținînd paracetamol 250 mg (cutie cu 6 buc.).
Ac. — Analgezic și antipiretic cu acțiune de intensitate moderată, similară fenacetinei.
Ind. — Cefalee, dureri dentare, nevralgii, mialgii, stări febrile.
Ad. — *Adulți:* 500 mg — 1 g (1—2 comprimate) o dată, maximum 2,5 g/zi; *copii:* 125—250 mg (după vîrstă) de 3 ori/zi.
Ef.N. — Este mai puțin toxic decît fenacetina; provoacă foarte rar erupții cutanate alergice, trombocitopenie, anemie, agranulocitoză, leziuni renale (la doze mari).
C.I. — Alergie specifică; prudență la renali și hepatici.

PAS

P. — *Drajeuri* conținînd p-aminosalicilat de sodiu 410 mg, corespunzînd la 300 mg acid p-aminosalicilic (flac. cu 100 buc.); *pulbere efervescentă* în plicuri bicompartimentate conținînd: I — PAS sodic 3 g, bicarbonat de sodiu, glicocol, zaharină, II — acid citric.
Ac. — Bacteriostatic moderat activ față de *M. tuberculosis;* dezvoltă relativ lent rezistență și întîrzie instalarea rezistenței microbiene la streptomicină și izoniazidă.
Ind. — Tuberculostatic, se asociază de obicei cu streptomicina și izoniazida.
Ad. — *Adulți:* oral 12 g/zi în mai multe prize; *copii:* oral 200—300 mg/kilocorp și zi.
Ef.N. — Neplăcere epigastrică, anorexie, greață, vomă, diaree, relativ frecvent pentru drajeuri, mai rar pentru pulberea efervescentă (tamponată); uneori erupții cutanate și febră de natură alergică; tratamentul îndelungat

Scanned with OKEN Scanner

poate provoca hipoprotrombinemie (se asociază vitamina K), malabsorbție pentru proteine, grăsimi, cianocobalamină, acid folic; rareori gușă cu hipotiroidism (se administrează tiroidă), tulburări de comportament, chiar psihoză toxică, icter, necroză hepatică, albuminurie, hematurie, anurie, hipokaliemie, limfadenopatie, anemie hemolitică, trombocitopenie, leucopenie.
C.I. — Alergie specifică, alergie la salicilați, sulfamide, sulfone, fenacetină; prudență în insuficiența renală, în afecțiunile care impun restricție de sodiu, în caz de leucopenie; nu se asociază cu sulfamide și salicilați (antagonism).

PAS-Na. Pulbere efervescentă

Vezi PAS.

Pasinal

P. — *Sirop* aromatizat conținînd la 100 ml: fenobarbital sodic 0,368 g, bromură de sodiu 2,4 g, bromură de potasiu 1,6 g, fenazonă 4 g, extract uscat de beladonă 0,04 g (flac. cu 125 ml).
Ac. — Sedativ, slab analgezic și antispastic.
Ind. — Stări de excitație, sindrom psihovegetativ.
Ad. — 1—2 linguriță de 2—3 ori/zi.
Ef.N. și C.I. — Alergie sau intoleranță la bromuri, barbiturice și analgezice derivate de pirazol.

Pelox

P. — *Fiole* a 2 ml soluție apoasă conținînd extract de nămol de Techirghiol (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Provoacă stimulare metabolică și endocrină cu consecințe trofice, decongestive și antiinflamatorii.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Afecțiuni reumatice cronice diverse, sechele de poliomielită, dermatoze cronice, afecțiuni inflamatorii cronice diverse.
Ad. — Injecții intramusculare, cîte 1—2 ml/zi în primele 2—3 zile, apoi se crește treptat pînă la 5 ml/zi, în cure de 15—30 zile; injecții locale (periarticular).
Ef.N. — Uneori, în primele zile de tratament, activarea trecătoare a proceselor inflamatorii.
C.I. — Aceleași ca pentru nămol terapeutic de turbă.

Penicilină G potasică (benzylpenicillin-potasium)

P. — Flacoane conținînd benzilpenicilină potasică *pulbere* 200 000 u.i., 400 000 u.i., 1 000 000 u.i. sau 5 000 000 u.i. (1 000 000 u.i. = 1 megaunitate).
Ac. — Antibiotic bactericid față de cocii Gram-pozitivi și Gram-negativi, unii bacili Gram-pozitivi, spirochete și actinomicete. Sînt îndeosebi sensibili streptococii, pneumococii, gonococii, stafilococii (cu excepția tulpinilor producătoare de penicilinază), meningococii, germenii gangrenei gazoase, bacilul cărbunos, actinomicetele, spirochetele. Dozele mari pot fi eficace și față de bacilii Gram-negativi (cu excepția tulpinilor de *Proteus indolpozitiv* și *Pseudomonas)*. Mulți germeni, mai ales stafilococii și gonococii, dezvoltă repede rezistență.
Ind. — Infecții cu germeni sensibili: plăgi infectate, fracturi, abcese, furunculoză, amigdalită acută, actinomicoză, pneumonie pneumococică, scarlatină, reumatism poliarticular acut, endocardită lentă, osteomielită acută, otită medie, mastoidită, febră recurentă, meningococie, gonoree, sifilis, leptospiroză; cazuri selecționate de infecții cu bacili Gram-negativi. Se preferă penicilinei G sodice în caz de retenție hidrosalină.
Ad. — Intramuscular, 600 000 pînă la cîteva milioane u.i./zi, fracționat la 4—8 ore interval (doze mai mari —

Scanned with OKEN Scanner

20—60 megaunităţi/zi — în infecţiile cu bacili Gram-negativi); injecţii sau perfuzii intravenoase, injecţii intrapleurale şi alte instilaţii locale.
Ef.N. — Reacţii alergice: urticarie (relativ frecvent), dermatită exfoliativă, edem angioneurotic, febră, inflamaţii articulare (rar), şoc anafilactic (foarte rar); suprainfecţii cu *Proteus*, *Pseudomonas*, *Candida;* convulsii (la doze mari, intravenos), anemie hemolitică, leucopenie, trombopenie, nefropatii (la dozele mari, rareori); reacţie Herxheimer, de obicei la prima injecţie de penicilină în sifilis; durere la locul injecţiei intramusculare.
C.I. — Alergie la penicilină; prudenţă la bolnavii cu diferite afecţiuni alergice; folosirea în aplicaţii locale trebuie evitată (provoacă frecvent sensibilizare). Prudenţă cînd se administrează doze mari la bolnavii cu insuficienţă cardiacă (aport de potasiu). Poate interfera cu determinarea urobilinogenului şi a glucozei urinare.

Penicilină G sodică (benzylpenicillinum[I], sodium)

P.—*Flacoane* conţinînd benzilpenicilină sodică 200 000 u.i., 400 000 u.i., 1 000 000 u.i. şi 5 000 000 u.i.
Ac., Ind., Ad. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru penicilina G potasică. Injecţia intramusculară este mai puţin dureroasă. Dozele mari se vor evita la bolnavii cu tendinţă la retenţie hidrosalină (aport de sodiu).

Penicilină V (phenoxymethylpenicillin[I])

P. — *Comprimate* conţinînd fenoximetilpenicilină 200 000 u.i. (benzi de celofan cu 10 buc.).
Ac. — Aceleaşi ca pentru penicilina G; este un derivat de penicilină activ pe cale orală, care realizează concentraţii sanguine relativ mici.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Infecţii uşoare sau moderate cu germeni sensibili: streptococi — angine, scarlatină, erizipel, profilaxia reumatismului poliarticular acut —, infecţii respiratorii, sinuzite, otite etc.
Ad. — Curativ, 100 000—600 000 u.i., la 4—6 ore (pe stomacul gol); profilactic, 200 000 u.i. la fiecare 12 ore.
Ef.N. — Reacţii alergice; greaţă, vomă, neplăcere epigastrică, diaree, prurit anal; rareori disbacterioză intestinală cu enterită.
C.I. — Alergie la peniciline; prudenţă la bolnavii cu diferite afecţiuni alergice. Se va evita în infecţiile grave, în sifilis şi în gonoree.

Peptocolin

P. — *Granule* conţinînd sulfat de magneziu 20 g, peptonă 5 g, excipient la 100 g (flac. cu 85 g).
Ac. — Coleretic, colecistokinetic; desensibilizant nespecific.
Ind. — Hipotonie veziculară, colecistită şi angiocolită cronică; stări alergice, urticarie, eczeme, migrenă (ca medicaţie adjuvantă).
Ad. — 1—2 linguriţe în 150 g apă călduţă dimineaţa pe nemîncate.
Ef.N. — Neplăcere epigastrică, diaree.
C.I. — Colică biliară, icter mecanic, afecţiuni hepatobiliare acute, diaree.

Perogen

P. — *Comprimate* care în apă formează lent peroxid de hidrogen (tub cu 10 buc.).
Ac. — Antiseptic prin formare de apă oxigenată şi eliberare de oxigen; curăţire mecanică a plăgilor datorită efervescenţei.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Spălarea plăgilor.
Ad. — Extern, soluție preparată dizolvînd 1—2 comprimate în 200 ml apă.

Peromag

P. — *Comprimate* conținînd peroxid de magneziu 500 mg (tub cu 20 buc.).
Ac. — Antiacid gastric, laxativ, slab antiseptic.
Ind. — Hiperaciditate gastrică, ulcer gastroduodenal (mai ales cînd sînt însoțite de constipație).
Ad. — 1—2 comprimate la 1—2 ore după mesele principale și la nevoie.
Ef.N. și C.I. — Diaree.

Persantin (dipyridamol[I])

P. — *Comprimate* conținînd dipiridamol 25 mg (flac. cu 20 buc.); *fiole* a 2 ml soluție apoasă, conținînd dipiridamol 10 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Antianginos, ameliorează circulația coronariană și îmbunătățește metabolismul miocardic; diminuează adezivitatea plachetară.
Ind. — Cardiopatii ischemice (ca medicație de fond); prevenirea accidentelor tromboembolice (mai ales cele datorite protezelor valvulare).
Ad. — Oral, 25—100 mg/zi (1—4 comprimate) de 3 ori/zi (înaintea meselor) în cardiopatiile ischemice, 400 mg/zi pentru profilaxia accidentelor tromboembolice; intravenos lent 1—2 fiole (10—20 mg) — se injectează cel mult 1 ml/minut.
Ef.N. — Rareori greață, cefalee, somnolență, amețeli, lipotimie; injectarea intravenoasă poate provoca congestia feței și hipotensiune.
C.I. — Nu se folosește în timpul colapsului din infarctul acut de miocard; prudență la hipotensivi.

Scanned with OKEN Scanner

Pilocarpină

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd pilocarpină hcl. 1 mg (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Parasimpatomimetic, antagonizează acțiunile atropinei; antiglaucomatos în aplicare locală (vezi unguent cu pilocarpină).

Ind. — Intoxicație acută cu atropină, beladonă și alte preparate cu acțiune parasimpatolitică (scobutil, lizadon etc.).

Ad. — Subcutanat 5—10 mg (ca antitoxic).

Ef.N. — Supradozarea provoacă hipersecreție salivară, sudorație, hipersecreție lacrimală, greață și vomă, mioză și spasm de acomodație, palpitații, dispnee, uneori confuzie, tremor, chiar convulsii.

C.I. — Astm bronșic, hipotensiune arterială, miocardită, insuficiență cardiacă, bradicardie; contraindicațiile sînt relative în condițiile intoxicațiilor grave cu atropină sau beladonă.

Pirazinamidă (pyrazinamid[I])

P.— *Comprimate* conținînd pirazinamidă 500 mg (flac. cu 100 buc.).

Ac. și Ind.— Antituberculos de releu, folosit în forme grave de tuberculoză, rezistente la alte chimioterapice, la bolnavi alergici față de tuberculostaticele majore sau înainte și după intervențiile chirurgicale toracice; dezvoltă repede rezistență.

Ad.— Oral, la *adulți* 20—35 mg/kilocorp și zi (maximum 3 g), în 3—4 prize (după mese); la *copii:* 20 mg/kilocorp și zi.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Leziuni hepatice, icter (relativ frecvent); uneori anorexie, greață, vomă, artralgii, erupții cutanate, fotosensibilizare, dificultate de a urina. La gutoși crește uricemia și favorizează apariția crizelor; diabetul este mai greu de controlat.
C.I. — Boli hepatice, alergie specifică; prudență la renali și la gutoși.

Pladmin (proguanilhydrochlorid[I], bigumal, paludrine)

P. — *Comprimate* conținînd proguanil hcl. 100 mg (cutie cu 1 000 buc.).
Ac — Antimalaric activ ca schizontocid și gametocid.
Ind. — Tratamentul radical al febrei terțe maligne; chimioprofilaxia individuală și epidemiologică a malariei.
Ad. — 100 mg (1 comprimat) de 3 ori/zi (după mese), timp de 10 zile, ca tratament curativ; 200 mg/săptămînă sau 100 mg/zi pentru profilaxie.
Ef.N. — Greață, vomă, hematurie, cilindrurie (relativ rar); administrarea prelungită provoacă anorexie, stare de rău, pierdere în greutate.

Pobilan (adipiodon[I], iodipamide, biligrafin, endocistobil)

P. — *Fiole* a 20 ml soluție apoasă injectabilă intravenos conținînd adipiodonă metilglucamină 30% sau 50% (cutie cu 1 fiolă + fiolă test de 1 ml).
Ac. și Ind. — Produs de contrast pentru explorarea radiologică a căilor biliare.
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru Odiston; prudență la icterici.

Scanned with OKEN Scanner

Polimixin B sulfat (polymyxini B[I] sulfas)

P. — *Comprimate* conținînd polimixină B sulfat 250 000 u.i. (flac. cu 12 buc.).

Ac. — Antibiotic bactericid față de majoritatea germenilor Gram-negativi; activ asupra germenilor din intestin. Acțiunea este limitată la tubul digestiv (practic nu se absoarbe din intestin).

Ind. — Infecții intestinale cu *Shigella* și *Pseudomonas*; pregătire preoperatorie în intervențiile chirurgicale pe colon.

Ad. — *Adulți:* 3—4 comprimate la fiecare 6 ore; *copii:* 1—3 comprimate la 8 ore (după vîrstă).

Ef.N. — Rareori reacții alergice sau suprainfecții; foarte rar parestezii circumorale sau periferice și ameteli (se oprește tratamentul).

C.I. — Alergie specifică.

Polivitamine

P. — *Drajeuri* conținînd vitamina A 250 u.i., tiamină 0,5 mg, riboflavină 0,5 mg, acid ascorbic 10 mg, vitamină PP 3 mg (flac. cu 100 buc.).

Ac. — Asociație echilibrată conținînd doze mici de vitamină A, vitamine din complexul B și vitamină C; are funcții complexe în metabolism.

Ind. — Hipovitaminoze în perioada de creștere, la bătrîni, în sarcină, alăptare, boli infecțioase, postoperator, în convalescență; dezechilibre alimentare, malnutriție.

Ad. — *Adulți:* 2—4 drajeuri la mese; *copii:* 1—2 drajeuri/zi.

Scanned with OKEN Scanner

Polivitamine — comprimate efervescente

P.— *Comprimate* efervescente aromatizate conţinînd vitamina A 3 000 u.i., ergocalciferol 300 u.i., tiamină 1,8 mg, riboflavină 1,5 mg, piridoxină 0,6 mg, cianocobalamină 0,6 mcg, vitamină PP 12 mg, acid ascorbic 30 mg (tub cu 12 buc.).

Ac.— Asociaţie polivitaminică echilibrată.

Ind.— Aceleaşi ca pentru polivitamine, faţă de care spectrul acţiunilor biochimice este mai larg.

Ad.— Oral, 1—3 comprimate/zi (într-un pahar cu apă).

Prednison (prednison[I], cortancyl, hostacortin, ultracorten)

P.— *Comprimate* conţinînd prednison 5 mg sau 1 mg (flac. cu 30 buc.).

Ac.— Derivat cortizonic antiinflamator, antialergic, antireumatic, antitoxic şi antileucemic cu acţiune intensă; creşte catabolismul proteic, creşte glicemia, stimulează secreţia gastrică, stimulează sistemul nervos central, inhibă funcţia corticosuprarenalei; acţiunea de favorizare a retenţiei hidrosaline este slabă.

Ind.— Boli reumatice şi colagenoze: poliartrită reumatoidă, cardită reumatismală, lupus eritematos diseminat, dermatomiozită, sclerodermie, periarterită nodoasă; boli alergice: astm bronşic, alergie alimentară, medicamentoasă, la polen, boala serului, rinită alergică etc. (cazuri selecţionate); hepatită acută, hepatită cronică, ciroză hepatică (anumite forme), colită ulceroasă şi ulcerohemoragică, glomerulonefrită acută cu oligurie marcată sau anurie, nefroză, sarcoidoză, fibroză pulmonară; anemie hemolitică dobîndită, purpură trombopenică idiopatică, leucemie limfatică, limfosarcom; stări

Scanned with OKEN Scanner

infecţioase şi toxice grave; boli de piele: dermatite alergice şi eczeme, eritrodermie exfoliativă, pemfigus, psoriazis etc.; boli de ochi: episclerite, sclerite, keratite, irite, iridociclite şi alte afecţiuni cu caracter inflamator sau alergic.

Ad. — *Adulţi:* doză de atac 30—120 mg/zi (sau mai mult), doză de întreţinere 5—15 mg/zi; *copii:* 5—20 mg/zi. Se recomandă ca doza de întreţinere să se administreze într-o singură priză, dimineaţa; în măsura posibilului se va administra o dată la 2 zile. În caz de intervenţii chirurgicale, traumatisme, infecţii sau alte afecţiuni intercurente este necesară creşterea dozei.

Ef.N. — Activarea sau agravarea ulcerului gastroduodenal, chiar perforaţie, activarea sau agravarea diabetului, insomnie, agitaţie, chiar tulburări psihotice, cataractă subcapsulară posterioară, glaucom (tratamentul prelungit), creşterea catabolismului proteic cu osteoporoză şi epuizare musculară, deprimarea reacţiilor imunologice şi inflamatorii cu favorizarea infecţiilor; pericolul de agravare a insuficienţei cardiace sau a hipertensiunii arteriale este relativ redus. Dozele mari şi tratamentul îndelungat pot provoca fenomene de hipocorticism endogen (datorită inhibării funcţiei, chiar atrofiei suprarenale), manifestate la întreruperea bruscă a tratamentului sau la creşterea necesităţii de hormon, prin exacerbarea simptomelor bolii tratate, scăderea rezistenţei la *stress*, reumatism steroidian (tratamentul trebuie întrerupt treptat); dozele mari administrate la sfîrşitul graviditătii pot provoca hiposuprarenalism la nou-născut.

C.I. — Ulcer gastric sau duodenal, psihoze, osteoporoză, sindrom Cushing, sarcină. Prudenţă în timpul sarcinii şi alăptării, în diabetul zaharat (se creşte doza de insulină), în insuficienţa renală şi la uremici, în bolile convulsive şi în miastenia gravă, în insuficienţa cardiacă,

Scanned with OKEN Scanner

la hipertensivi (se recomandă regim hiposodat) și cînd există tendință la tromboză vasculară. Prudență în bolile infecțioase unde este obligatorie asocierea chimioterapiei sau antibioterapiei specifice; în tuberculoză se folosește numai ca adjuvant al chimioterapiei specifice; herpesul zoster, herpesul simplex ocular, varicela și poliomielita, ca și alte viroze care nu au tratament specific, contraindică cortizonii (cu excepția situațiilor în care prin acțiunea antitoxică și antiinflamatorie se poate salva viața bolnavului); vaccinarea, mai ales cea antivariolică, este interzisă în cursul tratamentului cortizonic.

Primidon (primidon[I], majsolin, mysoline, sertan)

P.— *Comprimate* conținînd primidonă 250 mg (flac. cu 30 buc.).

Ac. — Anticonvulsivant antiepileptic înrudit cu barbituricele.

Ind. — Epilepsie majoră, epilepsie psihomotorie.

Ad.— *Adulți* și *copii* peste 9 ani: inițial 1/2 comprimat dimineața și seara, se crește treptat la 4—6 comprimate (1—1,5 g)/zi; *copii* sub 9 ani: pînă la 1/2 din doza adultului; asociat cu alte antiepileptice: 1/2 comprimat/zi.

Ef.N. — Oboseală, somnolență, ataxie, vertij, iritabilitate, cefalee, tulburări vizuale, anorexie, greață și vomă, uneori erupții cutanate (de obicei minore, pot dispare la continuarea tratamentului sau reducerea dozei); mai rar tulburări afective, diplopie, nistagmus, edeme, sete, poliurie, impotență sexuală și foarte rar anemie megaloblastică (reversibilă la acid folic).

C.I. — Prudență în insuficiența hepatică și renală, în timpul sarcinii și lactației.

Scanned with OKEN Scanner

Probenecid (probenecidI, benemid)

P. — *Comprimate* conținînd probenecid 500 mg (flac. cu 20 buc.).

Ac. — Antigutos, crește excrecția renală de acid uric, scade uricemia și favorizează mobilizarea uraților din depozitele tisulare; diminuează excreția renală a penicilinei.

Ind. — Gută cronică; profilaxia hiperuricemiei în cursul tratamentului cu diuretice tiazidice. Se asociază penicilinei cînd sînt necesare concentrații sanguine mari și prelungite de antibiotic (de exemplu în endocardita lentă sau în osteomielita stafilococică).

Ad. — 1—2 comprimate/zi în gută, 4 comprimate/zi în asociație cu penicilina.

Ef.N. — Uneori greață, vomă, cefalee, polakiurie, erupții cutanate, rareori congestie, amețeli, anemie, reacții anafilactoide, foarte rar anemie hemolitică, anemie aplastică, sindrom nefrotic, necroză hepatică. Folosit în guta cronică, poate declanșa, la începutul tratamentului, criza gutoasă (se asociază colchicina); favorizează precipitarea uraților în urină (se alcalinizează urina).

C.I. — Alergie specifică, discrazii sanguine, calculoză urică; prudență în insuficiența renală. Nu se asociază cu salicilații (antagonizează acțiunea probenecidului).

Procaină (procainI, novocain)

P. — *Fiole* a 20 ml soluție apoasă 1% procaină hcl. (cutie cu 10 buc.); *fiole* a 2 ml soluție apoasă 2%, 4% și 8% procaină hcl. (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Anestezic local cu acțiune de scurtă durată; analgezic; vasodilatator și antispastic (în injectare intravenoasă); factor eutrofic.

Ind. — Pentru anestezie locală, în vederea intervențiilor chirurgicale sau în diferite afecțiuni dureroase

Scanned with OKEN Scanner

(nevralgii, mialgii, artralgii); pentru suprimarea temporară a controlului nervos al unor organe [(infiltraţii de splanhnic, ganglion stelat etc.); dureri postoperatorii, cefalee, migrenă, cauzalgie, boli vasculospastice (claudicaţie intermitentă, endarterită obliterantă, boala Raynaud), embolii, spasme viscerale diverse (local sau intravenos); vărsături, gastralgii (oral).

Ad.— Soluţie 0,5% 20—40 ml pentru infiltraţii, soluţie 1% 10—20 ml pentru blocarea nervilor, soluţie 8% 1—2 ml pentru rahianestezie; soluţie 0,1—0,5% 10—20 ml intravenos lent, pentru acţiunile generale.

Ef.N.— Sînt rare şi au caracter de intoleranţă, dar pot fi grave: excitaţie centrală, convulsii, deprimare cu somnolenţă, chiar pierderea cunoştinţei, colaps, sincopă cardiacă, sincopă respiratorie; uneori reacţii alergice: bronhospasm (mai ales la astmatici), erupţii cutanate, edeme; investigarea anamnestică pentru decelarea hipersensibilităţii este obligatorie. Procaina este incompatibilă cu sulfamidele şi PAS-ul (antagonism competitiv prin eliberarea metabolică de acid p-aminobenzoic).

C.I.— Intoleranţă sau alergie la procaină; prudenţă în tulburările de conducere intramiocardică şi la hepatici, grijă în cazul instilării în uretra traumatizată. Se recomandă evitarea injectării intravenoase în insuficienţa cardiacă, boli hepatice, afecţiuni tiroidiene şi alte boli endocrine, arteriosclerozã, miastenie gravă, după analgezice morfinice şi după neostigminã.

Procainã cu adrenalinã

P.— *Fiole* a 2 ml soluţie apoasă conţinînd procainã hcl. 80 mg şi adrenalinã 0,06 mg (cutie cu 10 buc.).

Ac.— Anestezic local cu acţiune relativ prelungită (datorită vasoconstricţiei adrenalinice, care întîrzie absorbţia de la locul de injectare).

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Anestezie prin infiltraţii şi de conducere, pentru intervenţii stomatologice şi de mică chirurgie.
Ad. — În infiltraţii locale, 1—2 fiole o dată.
Ef.N. — Reacţii de intoleranţă sau alergice la procainã; adrenalina poate provoca anxietate, paloare, tremor, palpitaţii sau fenomene ischemice locale, mergînd pînă la gangrenă (cînd procaina cu adrenalina se injectează la nivelul degetelor).
C.I. — Intoleranţă sau alergie la procainã; prudenţă la cardiaci, coronarieni şi hipertensivi.

Progesteron (progesteron[I], lutocylin, lutocor, luteosid)

P. — *Fiole* a 1 ml sau 2 ml soluţie uleioasă conţinînd progesteron 10 mg, respectiv 25 mg (cutie cu 3 buc.).
Ac. — Hormon progestativ natural, favorizează menţinerea sarcinii, provoacă modificări secretorii în endometru, suprimă motilitatea uterină şi inhibă ovulaţia în timpul graviditãţii; acţionează numai după pregătirea cu estrogeni. Stimulează catabolismul şi provoacă o uşoară creştere a temperaturii. Este mai puţin eficace ca progestativele semisintetice şi este inactiv pe cale orală.
Ind. — Sîngerări uterine funcţionale, avort habitual şi iminenţă de avort.
Ad. — Intramuscular profund 5—25 mg/zi (mai mult în iminenţa de avort), după scheme potrivite.
Ef.N. — Rareori acnee, seboree, tumefacţia sînilor, prurit vulvar, depresie premenstruală, cefalee, greaţă, vomă, stomatită, icter colestatic, retenţie hidrosalină; durere la locul injecţiei.
C.I. — Alergie specifică, insuficienţă renală, avort incomplet, cancer de sîn, sîngerări genitale nediagnosticate, boli tromboembolice; prudenţă în astm, migrenă, epilepsie, insuficienţă cardiacă, stări depresive (sînt agravate).

Scanned with OKEN Scanner

Propranolol (propranolol hydrochlorid I, inderal)

P.— *Comprimate* conținînd propranolol hcl. 10 mg sau 40 mg (flac. cu 50 buc.); *fiole* a 5 ml soluție injectabilă conținînd propranolol hcl. 5 mg (cutie cu 5 buc.).

Ac.— Antianginos și antiaritmic prin blocare β-adrenergică; înlăturâ influențele cardiostimulatoare simpatice și catecolaminice și diminuează răspunsul inimii la efort, micșorează consumul de oxigen al miocardului, suprimă focarele de automatism ectopic; de asemenea deprimă forța de contracție a inimii și scade debitul cardiac, întîrzie conducerea atrioventriculară; efectul deprimant miocardic are și o componentă chinidinică. Antihipertensiv prin diminuarea debitului cardiac și prin inhibarea secreției de renină.

Ind.— Angină pectorală (ca tratament de fond); aritmii catecolaminice (la efort în feocromocitom, după administrarea de simpatomimetice, în cursul anesteziei cu halotan sau ciclopropan, în cursul hipotermiei), aritmii digitalice (bigeminism, tahicardie supraventriculară cu bloc, flutter, tahicardie ventriculară); hipertensiune arterială (forme cu nivel sanguin de renină crescut, hipertensiune predominant sistolică, mai ales la tineri); tireotoxicoză; înaintea și în timpul intervențiilor chirurgicale pentru feocromocitom (se asociază cu un blocant α-adrenergic).

Ad.— Oral, înainte de mese, inițial 10—30 mg de 3—4 ori/zi, se poate crește treptat pînă la 400 mg/zi (în hipertensiunea arterială); injecții intravenoase (în urgențe), lent, 1—5 mg (la bolnavii anesteziați nu trebuie depășite 5 mg), după atropinizare prealabilă (atropină 1—2 mg intravenos).

Ef.N.— Greață, vomă, diaree, insomnie, oboseală, stare depresivă, cefalee, fotofobie; rareori purpură, dispnee, halucinații vizuale, parestezie; uneori bradi-

Scanned with OKEN Scanner

cardie marcată (în timpul anesteziei generale sau dacă s-a injectat intravenos fără atropinizare prealabilă).
C.I. — Se contraindică în toate situațiile în care predominanța parasimpatică relativă (consecutivă blocării β-adrenergice) este dăunătoare: astm bronșic, bronșită spastică, bloc cardiac parțial, acidoză metabolică; prudență la bolnavii cu insuficiență cardiacă (se administrează numai în condițiile unei digitalizări depline), în caz de anestezie generală și la diabeticii tratați cu insulină sau antidiabetice orale (potențează acțiunea hipoglicemiantă a acestora). Nu se folosește în timpul sarcinii.

Protectoderm L

P. — *Soluție* conținînd alcool etilic de 96° 50 g, glicerol 2 g, clorură de aluminiu 1 g, apă distilată pînă la 100 g (flac. cu 100 ml).
Ac. — Dezinfectant și astringent.
Ind. — Pentru protecția pielii.
Ad. — Se aplică local, înaintea lucrului.
C.I. — Leziuni zemuinde ale pielii, piodermite.

Protoxid de azot (oxydum nitrosum)

P. — Gaz conservat în butelii, lichefiat, sub presiune.
Ac. — Anestezic general inhalator, provoacă repede anestezie generală superficială, cu relaxare musculară slabă, fără deprimarea circulației și respirației; analgezia este intensă.
Ind. — Pentru anestezie generală în intervenții dentare și obstetricale; adjuvant al altor anestezice generale, pentru inducerea anesteziei.
Ad. — În inhalații, împreună cu mici cantități de oxigen.
Ef.N. — Fenomene hipoxice (concentrațiile mari necesare nu permit administrarea unei cantități suficiente

Scanned with OKEN Scanner

de oxigen); administrarea prelungită poate provoca deprimarea măduvei hematopoietice.
C.I. — Afecţiuni cardiovasculare severe, boli hepatice, hipertiroidism, vîrstă înaintată. Nu se foloseşte pentru intervenţii pe creier; prudenţă în caz de distensie abdominală, pneumotorax şi după encefalografia gazoasă.

Pudră de fibrină

P. — *Pulbere* de fibrină umană uscată (flac. a 2 g).
Ac. — Coagulant local; favorizează vindecarea plăgilor.
Ind. — Hemoragii capilare de suprafaţă; plăgi atone, arsuri întinse.
Ad. — Se aplică local.

Pudră de hematii (masă eritrocitară uscată)

P. — *Pulbere* sterilă formată din hematii uscate (în flacon de 500 ml).
Ac. Ind. şi Ad. — Aplicată pe plăgi atone (ulcer varicos, escare etc.) acţionează trofic favorizînd vindecarea.

Purgofen

P. — *Emulsie* conţinînd fenolftaleină 1,3 g şi ulei de parafină 20 g/100 ml (flac. cu 100 ml).
Ac. — Fenolftaleina acţionează laxativ prin iritarea colonului, uleiul de parafină înmoaie scaunul.
Ind. — Constipaţie funcţională; hernie, hemoroizi.
Ad. — 1/2—1 lingură seara la culcare.
Ef.N. — Fenolftaleina provoacă rareori erupţii alergice; colorează în roşu urina alcalină.
C.I. — Ileus mecanic, apendicită, abdomen acut, colită ulceroasă, nefrite acute; alergie la fenolftaleină.

Scanned with OKEN Scanner

Raunervil (reserpin[I])

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd reserpină 2,5 mg (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Doza mare de reserpină (conţinută în fiole) are acţiune tranchilizantă, antipsihotică şi hipotensivă marcată (efectul hipotensiv se instalează la 2—3 ore de la injectarea intramusculară); diminuează depozitele de serotonină şi catecolamine (cu inhibiţie simpatică şi predominanţă parasimpatică consecutive).

Ind. — Schizofrenie, stări maniacale, *delirium tremens* şi alte afecţiuni însoţite de anxietate şi tensiune psihică marcată; forme severe de hipertensiune arterială (preeclampsie, eclampsie, hipertensiune paroxistică), sindromul şi boala Raynaud; este de ales în afecţiunile psihotice însoţite de hipertensiune arterială.

Ad. — *Intramuscular:* 1/2—2 fiole o dată, se poate repeta după 1 1/2—2 ore; în artera brahială, 0,5—1 mg o dată (în Raynaud).

Ef.N. — Congestie nazală, diaree, vertij, somnolenţă, coşmăruri (frecvent); dispnee, erupţii cutanate, creştere în greutate, dificultate în ejaculare (rar); provoacă uneori bradicardie, hipotensiune ortostatică, retenţie hidrosalină, activarea bolii ulceroase, fenomene parkinsoniene, stări depresive.

C.I. — Stări depresive, hipotensiune marcată, arterioscleroză avansată, boală ulceroasă, colită ulceroasă, alergie specifică; prudenţă în aritmii cardiace, miocardite, infarct de miocard, insuficienţă cardiacă, bronşite astm, la bolnavii debilitaţi şi la începutul sarcinii. Tratamentul trebuie întrerupt cel puţin o săptămînă înainte de aplicarea electroşocului şi cel puţin 2 săptămîni înaintea intervenţiilor chirurgicale.

Scanned with OKEN Scanner

Razebil (acidum iobenzamicum[I], osbil)

P. — *Comprimate* conținînd acid iobenzamic 750 mg (flac. cu 16 buc.).
Ac. și Ind. — Produs de contrast pentru explorarea radiologică a căilor biliare.
Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru acidul iopanoic.

Remineron

P. — *Granule* conținînd calciu gluconic 10 g, calciu fosfat tribazic 10 g, excipient aromatizat la 100 g (cutie cu 100 g).
Ac. — Aport de calciu și fosfat.
Ind. — Osteoporoză, fracturi; stări de oboseală și convalescență.
Ad. — 2—3 linguriță/zi.
C.I. — Hipercalcemie, insuficiență renală gravă, litiază renală.

Renogal (rowatinex)

P. — *Soluție* uleioasă pentru uz intern conținînd α-pinen 13 g, β-pinen 13 g, α-camfen 22 g, borneol 8 g, anetol 4 g, fenconă 4 g, cineol 3 g, *oleum helianti* pînă la 100 g (flac. cu 10 ml).
Ac. — Antispastic și antiseptic urinar slab; crește capacitatea urinii de dizolvare și menținere în soluție.
Ind. — Litiază urinară, colici nefretice (ca medicație adjuvantă).
Ad. — 5—20 picături de 2—4 ori/zi.
Ef.N. — Iritația căilor urinare și biliare.
C.I. — Afecțiuni inflamatorii renale și urinare acute, hepatită acută, colecistită și angiocolită acută.

Scanned with OKEN Scanner

Retrohipofiză

P. — *Flacoane* conținînd pulbere de lob posterior de hipofiză 1 g.

Ac. — Vasopresina conținută acționează antidiuretic (crescînd reabsorbția tubulară a apei); corectează specific deficitul hormonal din diabetul insipid.

Ind. — Diabet insipid.

Ad. — În prize nazale, 20—50 mg la 4 ore.

Ef.N. — Creșterea presiunii arteriale, avort; rinită alergică, astm, alveolită.

C.I. — Cardiopatii ischemice, hipertensiune arterială, sarcină (mai ales în a doua jumătate), alergie specifică; rinita nu permite administrarea în prize nazale.

Revulsin

P. — *Soluție* hidroalcoolică pentru uz extern conținînd nicotinat de benzil 3% (flac. cu 50 ml); *unguent* conținînd nicotinat de benzil 3% (tub cu 18 g).

Ac. — Vasodilatator local prin acțiune directă asupra musculaturii netede a vaselor; are proprietăți revulsive, activînd circulația în piele și organele interne (prin reflexe cutiviscerale segmentare) și stimulînd nespecific mecanismele de apărare.

Ind. — Dureri articulare reumatice cronice, mialgii, nevralgii, dureri traumatice articulare și musculare, hematoame, furuncule și panariții în stadiul inițial; afecțiuni vasculospastice periferice; bronșite cronice, pleurezii (în perioada de resorbție); tendință la alopecie.

Ad. — În fricții, local sau segmental.

C.I. — Nu se aplică pe pielea lezată.

Scanned with OKEN Scanner

Riboflavină fosfat

P. — *Fiole* a 1 ml sau 2 ml soluție apoasă conținînd riboflavină fosfat de sodiu 5 mg, respectiv 10 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac., Ind., Ad. — Aceleași ca pentru vitamina B_2.

Rifampicină (rifampicin[I], rifadin, rimactan)

P. — *Capsule* conținînd rifampicină 150 mg (flac. cu 16 sau 100 buc.).
Ac. și Ind. — Antibiotic antituberculos; este de asemenea eficace în infecțiile stafilococice (inclusiv cele cu germeni rezistenți la benzilpenicilină) și cu alți germeni Gram-pozitivi. Dezvoltă rezistență.
Ad. — *Adulți:* 450—600 mg zilnic într-o singură doză, înainte de masă, sau 900 mg/zi, de 2 ori/săptămînă, timp îndelungat în tuberculoză (asociată cu alte antituberculoase); 500—600 mg la 12 ore în stafilococii și alte infecții acute; 900 mg/zi într-o singură priză în gonoree; *copii:* pînă la 20 mg/kilocorp și zi (fără a depăși 600 mg).
Ef.N. — Diaree, greață, creșterea bilirubinei serice și icter, valori crescute ale fosfatazei alcaline și transaminazelor serice, leucopenie, purpură și trombocitopenie, insuficiență renală acută (la doze mari), reacții alergice. Colorează roșcat urina, sputa și secreția lacrimală.
C.I. — Boli hepatice, icter, obstrucție biliară, sarcină (în primul trimestru); prudență la alcoolici, la alergici și în ultima perioadă a sarcinii.

Rinofug (naphazolin[I], privin)

P. — *Soluție* apoasă pentru uz extern, conținînd nafazolină hcl. 1‰ (flac. cu 10 ml).
Ac. — Vasoconstrictor și decongestiv local prin acțiune simpatomimetică; efectul este rapid și prelungit.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Congestia şi obstrucţia nazală în răceala comună, rinite alergice, sinuzită; epistaxis.
Ad. — *Adulţi* şi *copii* peste 6 ani: 2—4 picături în fiecare nară de 2—4 ori/zi; *copii* (2—6 ani): soluţia diluată la jumătate cu apă distilată, cîte 2—3 picături în fiecare nară de 2—4 ori/zi.
Ef. N. — Dozele terapeutice mari pot provoca greaţă, cefalee, somnolenţă şi alte fenomene de deprimare centrală, mai ales la copiii mici; administrarea repetată prea frecvent diminuează eficacitatea (tahifilaxie) şi poate fi cauză de congestia mucoasei şi rinoree, reactive; aplicarea îndelungată în rinitele cronice poate favoriza atrofia mucoasei nazale. Soluţia veche are acţiune iritantă locală.
C.I. — Hipersensibilitate la nafazolină; nu se foloseşte la nou-născuţi şi la copii sub 2 ani; prudenţă la hipertensivi şi hipertiroidieni.

Romavit

P. — *Comprimate* conţinînd acid p-aminobenzoic 500 mg (cutie cu 20 buc.).
Ac. — Agent antifibrozant (favorizează captarea tisulară a oxigenului); potenţează acţiunea salicilaţilor (scăzîndu-le eliminarea urinară).
Ind. — Boală Peyronié, sclerodermie, dermatomiozită, poliartrită reumatoidă, pemfigus, fibroză pulmonară asociată sarcoidozei; boli reumatice (asociat salicilaţilor).
Ad. — Oral, 1—4 g/zi (fracţionat, la mese).
Ef.N. — Dozele mari pot produce greaţă şi vomă; uneori prurit şi erupţii cutanate, febră; cazuri rare de reacţii hipoglicemice, hepatită toxică, leucopenie şi agranulocitoză (se urmăreşte leucograma); poate precipita în tubii renali (se alcalinizează urina prin administrare de bicarbonat de sodiu). Antagonizează competitiv sulfamidele şi PAS-ul.
C.I. — Prudenţă la renali şi în caz de oligurie.

Scanned with OKEN Scanner

Romazulan

P. — *Soluţie* conţinînd extract de *Chamomilla* (muşeţel) 96 ml, oleu de *Chamomilla* cu azulen 6% 0,3 ml şi tween 80 4 g (flac. cu 100 ml).
Ac. — Antiinflamator, slab antiseptic local.
Ind. — Afecţiuni inflamatorii ale pielii şi mucoaselor.
Ad. — Diluat 1%, pe piele, diferite mucoase (gargară, inhalaţii, clisme, spălături vaginale) şi intern.
Ef.N. — Oral, dozele mari pot provoca greaţă şi vomă; extern, soluţiile concentrate au acţiune iritantă.

Romergan (promethazin hydrochlorid[I], phenergan)

P. — *Drajeuri* conţinînd prometazină maleat 30 mg (flac. cu 20 buc.); *fiole* a 2 ml soluţie apoasă conţinînd prometazină hcl. 50 mg (cutie cu 5 buc.); *sirop* aromatizat pentru adulţi conţinînd prometazină hcl. 100 mg, codeină fosforică 50 mg, efedrină hcl. 100 mg/100 ml (flac. cu 125 ml); *sirop* aromatizat pentru copii conţinînd prometazină hcl. 100 mg/100 ml (flac. cu 125 ml).
Ac. — Antihistaminic şi antialergic cu acţiune de lungă durată (8—12 ore); sedativ, hipnotic, hipotermizant, antivomitiv şi antitusiv, potenţează acţiunea anesteziceior generale, hipnoticelor şi analgezicelor; slab antiacetilcolinic, antiadrenalinic şf antiserotoninic, anestezic local.
Ind — Urticarie, edem angioneurotic, rinite alergice, astm bronşic (mai ales siropul), boala serului etc. (mai ales cînd este utilă sedarea); prurit, înţepături de insecte; reacţii transfuzionale; pregătirea anesteziei generale şi a intervenţiilor chirurgicale; vomă de cauze diverse; insomnie.
Ad. — *Adulţi:* oral 25 mg de 2 ori/zi, în urgenţe se injectează intramuscular profund 1/3—1 fiolă; *copii*: 0,5—1 mg/kilocorp.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Sedare şi somnolenţă (care pot fi supărătoare), agitaţie, confuzie (mai rar), uscăciunea gurii, tulburări de vedere, ameţeli; rareori fotosensibilizare; icterul colestatic şi agranulocitoza sînt excepţionale.
C.I. — Intoxicaţii acute cu deprimante centrale; prudenţă la hepatici. Nu se foloseşte ambulator la şoferi, dispeceri etc.; se vor evita băuturile alcoolice. Prudenţă cînd se asociază barbiturice sau morfinice (se reduc dozele la 1/2).

Romparkin (trihexyphenidylhydrochlorid[I], artan, benzhexol)

P. — *Comprimate* conţinînd trihexifenidil hcl. 2 mg (cutie cu 50 buc.).
Ac. — Antiparkinsonian (prin acţiune antiacetilcolinică centrală); parasimpatolitic.
Ind. — Parkinsonism postencefalitic, arteriosclerotic, idiopatic, sindrom parkinsonian prin fenotiazine sau reserpină.
Ad. — *Adulţi:* 1—2 comprimate de 2—3 ori/zi, după mese (se începe cu dozele mici); *copii:* 1/2 comprimat/zi.
Ef.N. — Uscăciunea gurii, tulburări de vedere, constipaţie, greaţă şi vomă, ameţeli (se reduce doza sau se suprimă temporar); rareori, la dozele mari, tulburări de comportament, confuzie, delir şi halucinaţii.
C.I. — Glaucom, hipertrofie de prostată, stenoză pilorică, atonie intestinală şi vezicală; prudenţă la hipertensivi, cardiaci, hepatici şi renali.

Romtiazin (promazinhydrochlorid[I], sparin)

P. — *Drajeuri* conţinînd promazină maleat 35,2 mg (flac. cu 100 buc.); *fiole* a 5 ml soluţie apoasă conţinînd promazină maleat 30 mg (cutie cu 5 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Sedativ şi antipsihotic cu acţiune blîndă; antivomitiv; potenţează acţiunea anesteziceior generale, hipnoticelor şi analgezicelor.

Ind. — Stări de excitaţie nervoasă şi tensiune psihica, tulburări de comportament la bătrîni, *delirium tremens*, halucinoze acute, sindrom de abstinenţă la eufomani; vomă de diverse cauze; pregătirea anesteziei generale; pentru potenţarea analgezicelor.

Ad. — 1—2 drajeuri de 2—3 ori/zi; în cazurile grave, intramuscular sau intravenos 1—6 fiole/zi.

Ef.N. şi C.I. — Asemănătoare celor ale clordelazinului; ameţeala şi somnolenţa sînt relativ frecvente, dar hipotensiunea posturală şi tulburările extrapiramidale sînt rare; favorizează accesele epileptice şi poate provoca agranulocitoză (foarte rar).

Rondomicin (methacycline[I] hydrochloride)

P. — Capsule conţinînd metaciclină hcl. 300 mg (cutie cu 8 sau 100 buc.).

Ac. — Aceleaşi ca pentru tetraciclină, dar efectul este mai durabil — concentraţia sanguină activă se menţine mai mult de 12 ore.

Ind. — Aceleaşi ca pentru tetraciclină; este utilă în infecţiile cu germeni sensibili: infecţii respiratorii, infecţii chirurgicale, infecţii ale pielii şi ţesutului subcutanat, infecţii orale şi dentare, infecţii gastrointestinale (dizenterie bacilară, salmoneloză, febră tifoidă etc.) şi biliare, infecţii genitourinare, cazuri selecţionate de bacteriemii şi septicemii.

Ad. — *Adulţi:* 600 mg/zi în 2—4 prize (mai mult în infecţiile grave — pînă la 1,2 g/zi); *copii:* 7—14 mg/kg şi zi (pînă la 28 mg/kg şi zi în infecţiile grave).

Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru tetraciclină.

Scanned with OKEN Scanner

Rovitrat

P. — *Fiole* a 2 ml soluţie apoasă conţinînd extract hepatic concentrat purificat, corespunzător la 20 mcg cianocobalamină (cutie cu 10 buc.).
Ac., Ind., Ad., Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru Neohepar.

Rutozid (rutozidI)

P. — *Fiole* a 2 ml soluţie apoasă conţinînd rutozid 80 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Factor cu acţiune vitaminică P; micşorează permeabilitatea şi creşte rezistenţa capilarelor; acţionează sinergic cu vitamina C.
Ind. — Diateze hemoragice prin fragilitate capilară.
Ad. — Intramuscular, 1—2 fiole/zi.

Saldoren (salipyrin)

P. — *Comprimate* conţinînd fenazonă salicilică 500 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Analgezic, antipiretic, antireumatic.
Ind. — Reumatism cronic, sciatică, răceală comună, gripă.
Ad. —1—2 comprimate la nevoie.
Ef.N. — Dozele mari provoacă iritaţie gastrică, ameţeli, ţiuituri în urechi şi alte fenomene nedorite caracteristice salicilaţilor; rareori erupţii cutanate şi methemoglobinemie (prin fenazonă).
C.I. — Alergie la salicilaţi şi fenazonă; prudenţă la ulceroşi, în insuficienţa renală şi hepatică, la anemici, în condiţii de hipoxie.

Scanned with OKEN Scanner

Salicilamid (salicylamid[I])

P. — *Comprimate* conţinînd salicilamidă 500 mg (cutie cu 20 buc.).
Ac. — Analgezic, antiinflamator şi antireumatic, antipiretic.
Ind. — Dureri reumatice, nevralgii, mialgii, gripă.
Ad. — 1—2 comprimate de 2—3 ori/zi; în reumatismul poliarticular acut 7—10 g/zi.
Ef.N. — Erupţii alergice, fenomene minore de intoleranţa gastrică; dozele mari pot favoriza hemoragiile.
C.I. — Intoleranţă digestivă, alergie la salicilaţi; prudenţă la renali şi în hipoprotrombinemie.

Salicilat de sodiu

P. — *Fiole* a 10 ml soluţie apoasă conţinînd salicilat de sodiu 1 g, 2 g sau 4 g (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Antireumatic, antiinflamator, analgezic şi antipiretic; sclerozează venele.
Ind. — Reumatism poliarticular acut (la bolnavii la care nu este posibilă administrarea salicilatului *per os);* pentru sclerozarea venelor varicoase.
Ad. — Intravenos lent, diluat cu soluţie glucozată 20% 2—4 g/zi; pentru sclerozarea venelor varicoase se folosesc soluţiile concentrate.
Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru Glucosalil.

Saliform

P. — *Unguent* conţinînd salicilat de metil 3,75 g, camfor 0,25 g, mentol 0,80 g, acid salicilic 1,65 g, cloroform 1,6 g, excipient la 100 g (tub cu 20 g).
Ac. — Iritant local cu consecinţe revulsive, activează circulaţia şi stimulează nespecific fenomenele de apărare; antireumatic.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Dureri reumatice cronice, dureri nevralgice, mialgii.

Ad. — Fricţii, urmate de înfăşurare caldă.

Ef.N. şi C.I. — Aplicarea pe regiuni sensibile ale pielii, pielea lezată sau mucoase provoacă iritaţie puternică; rareori reacţii alergice la salicilat sau mentol.

Salirom

P. — *Soluţie* conţinînd extract fluid de *Capsicum* 3 g, clorură de sodiu 2 g, soluţie concentrată de amoniac 5 g, acetonă 4 g, salicilat de metil 3 g, alcool 44 g, apă distilată pînă la 100 g (flac. cu 100 ml).

Ac. Ind. Ad. — Aceleaşi ca pentru Saliform.

Ef.N. şi C.I. — Aplicarea pe regiunile sensibile ale pielii, pielea lezată sau mucoase provoacă iritaţie puternică; rareori alergie la salicilat.

Sansurdal

P. — *Fiole* a 2 ml soluţie apoasă conţinînd tiamină 11 mg, riboflavină 2,8 mg, piridoxină 6 mg, nicotinamidă 150 mg, metionină 15 mg, histidină 10 mg (cutie cu 12 buc.).

Ac. — Asociaţie de vitamine din complexul B, metionină şi histidină cu acţiuni metabolice complexe; este considerat ca trofic al aparatului auditiv.

Ind. — Surditate de percepţie şi de transmisie, profilaxia unor accidente ototoxice medicamentoase (prin streptomicină, kanamicină etc.); stări de osboseală fizică sau psihică în convalescenţă, la bătrîni etc.

Ad. — Intramuscular profund, cîte o fiolă la 3 zile, în serii de 12 injecţii.

C.I. — Alergie sau intoleranţă la una din componentele asociaţiei.

Scanned with OKEN Scanner

Saprosan (clorquinaldol[I], sterosan, siosteran)

P. — *Drajeuri* conținînd clorchinaldol 100 mg (flac. cu 30 buc.); *microtablete* conținînd clorchinaldol 10 mg (flac. cu 30 buc.); *pulbere* conținînd clorchinaldol 3% (cutie cu 12 g).

Ac. — Antiseptic activ mai ales față de germenii Gram-pozitivi (stafilococi, streptococi), *trichomonas*, *lamblia* și fungii; nu dezechilibrează simbioza microbiană intestinală.

Ind. — Disbacterii intestinale, enterocolite, diaree estivală, dizenterie amebiană (forme ușoare), candidioză și lambliază; plăgi infectate, infecții microbiene locale minore, micoze ale pielii.

Ad. — Oral, *adulți:* 1—2 drajeuri de 3 ori/zi; *copii:* 10 mg (o microtabletă) /kilocorp și zi; pulberea se aplică local pe piele. În cazurile acute tratamentul sistemic se administrează cel mult o săptămână, în cele cronice cel mult o lună.

Ef.N. — Rareori dureri abdominale, greață, cefalee, vertij, palpitații, reacții alergice; foarte rar nevrită periferică și nevrită optică (în caz de administrare prelungită); aplicarea repetată poate provoca sensibilizare.

C.I. — Alergie specifică, insuficiență hepatică sau renală, tireotoxicoză.

Sare fără sodiu

P. — *Pulbere* conținînd clorură de potasiu 55,50 g, clorură de amoniu 20,50 g, clorură de calciu 0,27 g, citrat de magneziu 2 g, acid citric 1 g, amidon la 100 g (flac. cu 50 g).

Ac. — Aport electrolitic echilibrat, cu excluderea ionilor de sodiu.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Afecțiuni însoțite de retenție hidrosalină, edeme; stări de hipokaliemie provocate prin diuretice.
Ad. — Se adaugă alimentelor în locul sării de bucătărie.
C.I. — Boală Addison; prudență în insuficienta renală și în insuficiența cardiacă.

Scobutil (buscopan)

P. — *Comprimate* conținînd butilscopolamină bromură 10 mg (flac. cu 20 buc.); *supozitoare* conținînd butilscopolamină bromură 10 mg sau 7,5 mg (cutie cu 6 buc.); *fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd butilscopolamină bromură 10 mg (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Antispastic digestiv și genitourinar prin acțiune parasimpatolitică și slab ganglioplegică; antisecretor gastric. Absorbția infestinală este slabă, iar durata de acțiune relativ scurtă.
Ind. — Colici intestinale, biliare, ureterale, spasm pilo-ric sau de cardia, ulcer gastroduodenal, colită mucomembranoasă și ulceroasă; dismenoree, retenție de lohii.
Ad. — 1—2 comprimate sau supozitoare de 3—5 ori/zi; intramuscular sau intravenos lent o fiolă la nevoie.
Ef.N. — Uscăciunea gurii, tulburări de vedere, constipație, dificultate în urinare; injecția intravenoasă poate provoca sedare, tahicardie, hipotensiune ortostatică.
C.I. — Glaucom, ileus paralitic, adenom de prostată; prudență în cardiopatia ischemică gravă.

Scobutil compus (buscopan compositum)

P. — *Fiole* a 5 ml soluție injectabilă conținînd butilscopolamină bromură 20 mg și noraminofenazonă 2,5 g (cutie cu 5 sau 100 buc.); *supozitoare* conținînd butilscopolamină bromură 10 mg și noraminofenazonă 1 g (cutie cu 6 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Asociație medicamentoasă cu acțiune antispastică, analgezică și antiinflamatorie intense.
Ind. — Colici biliare, intestinale, ureterale și uterine.
Ad. — Intravenos lent, o fiolă la nevoie; 1—3 supozitoare/zi.
Ef.N. — Uscăciunea gurii, tulburări de vedere, constipație, dificultate în urinare, somnolență (prin butilscopolamină); erupții cutanate, edem angioneurotic, febră, frison, excepțional deprimarea hematopoiezei, chiar agranulocitoză (prin noraminofenazonă); administrarea impune prudență deoarece dozele conținute sînt mari.
C.I. — Glucom, ileus paralitic, adenom de prostată; anemii marcate, leucopenie, alergie la aminofenazonă; prudență în insuficiența renală, hepatică și în cardiopatia ischemică.

Septovag

P. — *Pulbere* conținînd clorură de zinc 46,15 g, metenamină 53,85 g (cutie cu 24 plicuri a 3 g).
Ac. — Antiseptic și adstringent local.
Ind. — Vaginite nespecifice.
Ad. — Spălături vaginale (un pachet în 1—1 1/2 l apă).

Ser anti-rho (D)

Ser uman folosit pentru determinarea (pe lamă) a factorului Rho (D) la toate grupele sanguine.

Ser fiziologic

P. — *Fiole* a 10 ml soluție apoasă de clorură de sodiu 9‰ (cutie cu 100 buc.).
Ac. și Ind. — Aport de apă și clorură de sodiu (soluție izotonă) în stări de deshidratare acută cu pierdere de sare; solvent.
Ad. — Subcutanat sau intravenos, în injecții sau perfuzii.

Scanned with OKEN Scanner

Ser hemotest OAB

Ser uman folosit pentru tipizarea grupelor sanguine.

Siloderm

P. — *Creme* (siloderm S_1 și S_5), *soluții* peliculogene (siloderm film tip 3 și 7).
Ac. și Ind. — Protejarea pielii față de diferite substanțe folosite în industrie: acizi — Siloderm S_1, sau baze — Siloderm S_5, solvenți organici, derivați petrolieri etc. — siloderm film.
Ad. — Se aplică pe piele înaintea lucrului și se spală la sfîrșit.
C.I. — Dermatoze zemuinde, piodermite, ulcerații.

Silutin (amfepramon[I], diethylpropion, tenuat)

P. — *Drajeuri* conținînd amfepramonă 25 mg (flac. cu 100 buc.).
Ac. — Anorexigen, slab stimulant psihomotor și simpatomimetic; după circa 2 luni de tratament dezvoltă toleranță la efectul anorexigen.
Ind. — Obezitate de cauze neuropsihice, mai ales cînd reprezintă un risc sau în prezența complicațiilor vasculare aterosclerotice.
Ad. — 1 drajeu de 3 ori/zi, cu o oră înaintea meselor.
Ef.N. — Rareori insomnie, nervozitate, ameteli, anxietate, stare depresivă, tahicardie, aritmii, palpitații, dureri precordiale, diaree, constipație, greață, vomă, erupții cutanate alergice; foarte rar leucopenie, agranulocitoză.
C.I. — Alergie specifică, instabilitate emoțională; prudență la cardiaci și hipertensivi, la epileptici (poate favoriza convulsiile), la hipertiroidieni. Nu se asociază cu inhibitori de monoaminooxidază.

Scanned with OKEN Scanner

Sinerdol

P. — *Capsule* conținînd sinerdol 150 mg și 300 mg (flac. cu 16 buc.).
Ac. — Antibiotic bactericid activ față de bacilul tuberculos și alți germeni Gram-pozitivi și Gram-negativi: stafilococi, streptococi, pneumococi, meningococi, gonococi, bacilul tetanic, *Haemophilus*.
Ind. — Tuberculoză pulmonară și extrapulmonară; cazuri selecționate de infecții cu alți germeni sensibili.
Ad. — În tuberculoză 600 mg zilnic sau 900 mg de 2 ori/săptămînă (în asociație cu alte antituberculoase). În alte infecții doza obișnuită este de 600 mg/zi (900 mg/zi în gonoree și în infecțiile urinare, 1,2 g/zi în infecțiile grave); la *copii:* 10—20 mg/kg și zi (fără a depăși 600 mg).
Ef.N. — Uneori tulburări digestive (epigastralgii, greață, vărsături, diaree), cefalee, ameteli, tulburări vizuale, oboseală, dureri musculare; rareori prurit, erupții cutanate, febră, eozinofilie, leucopenie, trombocitopenie (mai ales cînd se asociază cu etambutolul), foarte rar insuficiență renală acută; pozitivarea unor teste funcționale hepatice, creșterea bilirubinemiei, creșterea ureei în sînge.
C.I. — Alergie specifică, boli hepatice, icter, sarcină în primul trimestru.

Sintalgon (methadon[I], mecodin, polamidon)

P. — *Comprimate* conținînd metadonă 2,5 mg (tub cu 10 buc.); *fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd metadonă 5 mg (cutii cu 3 buc.).
Ac. — Analgezic euforizant de sinteză cu efect mai durabil decît morfina (6—8 ore); deprimă respirația și reflexul de tuse; contractă musculatura netedă; atenuează sindromul de abstinență la morfinomani.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Dureri postoperatorii, colici renale, dureri puternice în cancer, fracturi etc.; cura de dezintoxicare la morfinomani.
Ad. — Oral 1—4 comprimate/zi; injecţii subcutanate 1/2—2 fiole;
Ef.N. — Asemănătoare morfinei, dozele terapeutice pot provoca greaţă, vomă, uscăciunea gurii, ameţeli. Dependenţa se instalează lent, iar sindromul de abstinenţă este relativ blînd.
C.I. — Alergie specifică; în rest aceleaşi ca pentru morfină.

Sintofolin (hexestrol[I])

P. — *Comprimate* conţinînd hexestrol diacetat 1 mg (flac. cu 20 buc.); *fiole* a 1 ml sau 2 ml soluţie uleioasă conţinînd hexestrol diacetat 1 mg sau 5 mg (cutie cu 3 buc.).
Ac. — Estrogen de sinteză, activ şi pe cale orală; provoacă aceleaşi efecte ca estradiolul.
Ind., Ef.N., C.I. — Aceleaşi ca pentru Estradiol.
Ad. — Oral, iniţial 2—3 comprimate/zi, apoi 1/2—1 comprimat/zi (în menopauză); intramuscular 1—5 mg.

Sintolax (natriumdioctylsulfosuccinat[I], viforlax)

P. — *Drajeuri* conţinînd dioctilsulfosuccinat de sodiu 50 mg (cutie cu 20 buc.); *sirop* conţinînd dioctilsulfosuccinat de sodiu 250 mg/100 g (flac. cu 100 ml).
Ac. — Laxativ — înmoaie scaunul acţionînd prin scăderea tensiunii superficiale; slab antiseptic.
Ind. — Constipaţie funcţională, hernie, hemoroizi şi alte afecţiuni care contraindică efortul de defecaţie.
Ad. — *Adulţi:* 1—2 drajeuri seara la culcare; *copii:* 1/2—1 linguriţă sirop/zi.

Scanned with OKEN Scanner

Sirenon

P. — *Comprimate* conținînd fenacetină 300 mg, aminofenazonă 150 mg, cafeină 30 mg (benzi de celofan).
Ac. — Analgezic și antipiretic prin fenacetină și aminofenazonă; analgezia este potențată de cafeină, care are și efect stimulant psihomotor slab.
Ind. — Cefalee, mialgii, nevralgii, stări gripale.
Ad. — 1—2 comprimate la nevoie, 3—5 comprimate/zi.
Ef.N. — Administrarea prelungită de doze mari poate fi cauză de leziuni renale, leziuni hepatice și methemoglobinemie prin fenacetină; aminofenazona poate provoca erupții alergice și excepțional agranulocitoză.
C.I. — Alergie la fenacetină și aminofenazonă; leucopenie; prudență la renali, hepatici, anemici și în condiții de hipoxie.

Sirogal

P. — *Sirop* aromatizat conținînd kaliu sulfogaiacolic 2,30 g, benzoat de sodiu 2,30 g, codeină 0,04 g, tinctură de aconit 0,80 g/100 g (flac. cu 125 ml).

Ac. — Expectorant și antitusiv cu acțiune blîndă.

Ind. — Bronșite acute și cronice.

Ad. — *Adulți:* 3—4 linguri/zi; *copii* (peste 2 ani): 1—3 linguriță/zi.

Sirogal cu efedrină

P. — *Sirop* aromatizat conținînd kaliu sulfogaiacolic 2,30 g, benzoat de sodiu 2,30 g, codeină 0,04 g, tinctură de aconit 0,80 g, efedrină hidroclorică 0,20 g/100 g (flac. cu 125 ml).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Expectorant și antitusiv cu acțiune blîndă, bronhodilatator și decongestiv al mucoasei bronșice.
Ind. — Bronșite acute și cronice, bronșite astmatiforme, astm bronșic.
Ad. — *Adulți:* 3—4 linguri/zi; *copii* (peste 2 ani): 1—2 linguriță/zi.
Ef.N. — Efedrina poate provoca nervozitate, insomnie, creșterea presiunii arteriale, stimularea inimii și creșterea excitabilității miocardice.
C.I. — Cardiaci, hipertensivi, hipertiroidieni, insomnici.

Sirop de pătlagină

P. — *Sirop* conținînd extract fluid de pătlagină 10 g, benzoat de sodiu 2,5 g și alcool 5 g/100 g (flac. cu 125 ml).
Ac. — Expectorant cu acțiune blîndă.
Ind. — Bronșite acute și cronice cu expectorație vîscoasă.
Ad. — *Adulți:* 3—4 linguri/zi; *copii:* 4—5 linguriță/zi.
C.I. — Diaree la copii mici.

Sirop expectorant

P. — Sirop conținînd extract pectoral fluid 20 g și clorură de amoniu 0,50 g/100 g (flac. cu 125 ml).
Ac. — Expectorant.
Ind. — Bronșită acută și cronică cu expectorație vîscoasă.
Ad. — *Adulți* și *copii* peste 7 ani: 3—4 linguriță/zi; *copii* sub 7 ani: 1—2 linguriță de 3—5 ori/zi.
C.I. — Insuficiență hepatică sau insuficiență renală grave, stări de acidoză marcată; diaree la copiii mici.

Scanned with OKEN Scanner

Soiodin

P. — *Fiole* a 10 ml soluţie apoasă conţinînd iodură de sodiu 100 mg, sulfat de sodiu 50 mg (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Considerat ca antiaterogen; favorizează resorbţia proceselor inflamatorii cronice; expectorant.

Ind. — Aceleaşi ca pentru Odinart.

Ad. — Intramuscular, 1 fiolă la 2 zile, în serii de 15 injecţii.

Ef.N. — Reacţii de intoleranţă sau alergice la iod; acţiune congestivă.

C.I. — Intoleranţă sau alergie la iod; hipertiroidism; tuberculoză pulmonară evolutivă, hemoptizie, afecţiuni bronhopulmonare acute.

Soluţie de clorură de sodiu 0,9%

Vezi Clorură de sodiu.

Solvocilin (rolitetracyclin[I], reverin)

P. — Flacoane conţinînd rolitetraciclină 300 mg, sub formă de *pulbere* atomizată.

Ac. — Derivat solubil de tetraciclină, antibiotic cu spectru larg; injectarea permite realizarea de concentraţii sanguine mari, bactericide; trece în cantităţi mari în urină, bilă, transsudate, lichidul cefalorahidian.

Ind. — Infecţii cu germeni sensibili la tetraciclină, cînd sînt necesare concentraţii sanguine mari (infecţii grave, infecţii cu germeni relativ rezistenţi), sau cînd administrarea orală nu este posibilă.

Ad. — *Adulţi:* intravenos lent 300—900 mg la 12 ore; *copii:* 10—15 mg/kilocorp şi zi, 1—2 doze.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Injectarea intravenoasă rapidă poate provoca senzaţie de gust eteric, ameţeli, senzaţie de căldură şi înroşirea feţei, uneori colaps; accidentele hipotensive sînt mai frecvente la bolnavii sub tratament tonicardiac sau cu neuroleptice fenotiazinice, la bătrîni şi la debilitaţi (se recomandă ca injecţia să se facă în cel puţin 3 minute, bolnavul fiind culcat); rareori leziuni hepatice; uneori frison la prima injecţie (probabil reacţie Herxheimer); în rest efectele nedorite obişnuite pentru tetracicline.
C.I. — Prudenţă mare în sarcină, mai ales dacă există şi pielonefrită (pericol mare de leziuni hepatice grave); prudenţă în insuficienţa renală (se administrează la intervale mari — de exemplu în condiţii de anurie o injecţie o dată la 4 zile). Nu se foloseşte la copii mici, mai ales la nou-născuţi, decît în infecţiile care nu pot fi controlate altfel.

Spasmocromonă (methylchromon[I], diacromon)

P. — *Drajeuri* conţinînd metilcromonă 100 mg (flac. cu 30 buc.).
Ac. — Vasodilatator coronarian şi antispastic cu acţiune slabă.
Ind. — Angină de piept (tratament adjuvant), spasme ale musculaturii netede.
Ad. — 2 drajeuri la mesele principale.

Spironolactonă (spironolacton[I], spirolactone, aldactone A)

P. — *Drajeuri* conţinînd spironolactonă 25 mg (cutii cu 20 şi 100 buc.).
Ac. — Diuretic antialdosteronic (prin antagonism competitiv), creşte eliminarea urinară a sării şi apei, scade eliminarea potasiului, a ionilor de hidrogen şi a amoniu-

Scanned with OKEN Scanner

lui; efectul, mai evident în condiții de hiperaldosteronism, se instalează lent (după 2—4 zile de tratament) și este relativ durabil (2 zile sau mai mult după oprirea medicației).

Ind. — Stări edematoase însoțite de hiperaldosteronism secundar, în ciroză, sindromul nefrotic, insuficiența cardiacă (se asociază cu diuretice tiazidice sau alte diuretice); hipertensiune arterială cu hiperaldosteronism; paralizie familială, miastenie gravă; sindrom Conn (pentru pregătirea intervenției chirurgicale și în cazurile inoperabile).

Ad. — *Adulți:* inițial 25 mg (un drajeu) de 4 ori/zi, apoi se scade sau, la nevoie, se crește (pînă la 200 mg/zi); *copii:* 1,5—3 mg/kg și zi.

Ef.N. — Dezechilibru electrolitic: hiponatriemie (mai frecvent la cirotici), hiperkaliemie (mai ales în condiții de insuficiență renală); erupții cutanate, febră, diaree, cefalee, somnolență, ataxie, confuzie mintală, stupoare, hirsutism, tulburări menstruale, ginecomastie.

C.I. — Insuficiență renală acută, hiperkaliemie; prudență în insuficiența renală cronică și în bolile hepatice grave. Nu se asociază cu triamteren (alt diuretic antialdosteronic) și cu săruri de potasiu.

Stamicin* (nystatin[I], mycostatin)

P. — *Drajeuri* conținînd nistatină 500 000 u.i. (flac. cu 12 buc.); *pulbere suspendabilă* conținînd nistatină 80 mg sau 400 000 u.i./g (flac. cu 6 g); *ovule* conținînd nistatină 150 000 u.i. (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Antibiotic activ față de *Candida albicans*.

---

* Pulberea suspendabilă este comercializată sub denumirea de Nistatin.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Tratamentul candidiozelor superficiale cutanate, mucoase şi viscerale; se poate asocia antibioticelor cu spectru larg, administrate timp îndelungat.
Ad. — *Adulţi:* oral, 1—3 drajeuri de 3 ori/zi, intravaginal 1—2 ovule/zi; *copii* pînă la 5 ani — 100 000 u.i. la fiecare 6 ore, *copii* 6—12 ani — 500 000 u.i. de 2—3 ori/zi, sub formă de drajeuri sau suspensie (suspensia se prepară prin agitarea pulberii dintr-un flacon cu 20 ml apă — conţine 120 000 u.i./ml).
Ef.N. — Greaţă, vomă, diaree, iritaţie vaginală (survin rareori şi sînt minore).
C.I. — Intoleranţă sau alergie la nistatină.

Strepancil

P. — *Flacoane* conţinînd echivalentul a 1 g streptomicină bază, 80% ca sulfat şi 20% ca pantotenat.
Ac., Ind., Ad. — Aceleaşi ca pentru streptomicină sulfat.
Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru streptomicină sulfat, dar pantotenatul diminuează toxicitatea.

Streptomicină (streptomycin[I] sulfas)

P. — *Flacoane* conţinînd streptomicină sulfat 1 g.
Ac. — Antibiotic bactericid faţă de *M. tuberculosis*, o serie de bacterii Gram-negative — *E. coli*, *Klebsiella*, *Ps. aeruginosa*, *Neisseria gonorrhoeae*, unele specii de *Proteus* şi *Salmonella*, *Pasteurella pestis*, *Brucella tularensis* ca şi faţă de unele tulpini de stafilococ; rezistenţa se instalează de regulă dacă tratamentul este prelungit.
Ind. — Tuberculoză (în asociaţie cu alte antituberculoase pentru a evita dezvoltarea rezistenţei); septicemie cu enterococi (se asociază penicilinei), septicemie şi endo-

Scanned with OKEN Scanner

cardite cu streptococ *viridans* (în asociație cu peniciline), bruceloză (în asociație cu tetraciclina), septicemii cu bacili enterici Gram-negativi (*E. coli*, *Klebsiella-Aerobacter*, *Proteus*), pneumonie cu *K. pneumoniae* (în asociație cu tetracicline), tularemie și pestă; infecții urinare cu *Klebsiella*, *E. coli*, *Pseudomonas* (urina trebuie menținută alcalină).

Ad. — *Adulți:* intramuscular 1 g de 2 ori/săptămînă (la nevoie 1 g zilnic) în tuberculoză, 1—3 g/zi (fracționat la 4—12 ore) în alte infecții; *copii:* 20—50 mg/kilocorp și zi.

Ef.N. — Acțiune toxică asupra nervului vestibular — cefalee, greață, vomă, vertij, ataxie —, mai puțin asupra nervului cohlear — *tinitus*, surditate; tulburările, de obicei reversibile la oprirea medicației, sînt favorizate de dozele mari, tratamentul prelungit, vîrsta înaintată, insuficiența renală și injectarea intrarahidiană a antibioticului; dozele mari sînt hepatotoxice și nefrotoxice, crescînd retenția azotată în insuficiența renală. În rest efecte nedorite minore: parestezie perioralã, cefalee, oboseală, rareori erupții alergice, febră, adenopatii. Potențează efectul curarizantelor antidepolarizante; injectată în cantități mari în pleură sau în peritoneu poate paraliza musculatura striată (mai ales în condiții de insuficiență renală, stări hipoxice și în asociație cu miorelaxante sau anestezice generale). Poate interfera cu determinarea glucozei urinare și a urobilinogenului.

C.I. — Boli ale urechii, în special otită medie supurată tulburări labirintice, alergie la streptomicină; prudență la dozare în insuficiența hepatică, renală (în condiții de anurie doza recomandată este de 0,5 g o dată la 4—6 zile), în insuficiența circulatorie și la bătrîni; prudență sau se evită în timpul sarcinii și la sugari.

Scanned with OKEN Scanner

Strevital

P. — Flacon cu *pulbere* cuprinzînd streptomicină 1 g (sub formă de sulfat), tiamină 1,5 mg, riboflavină 1,8 mg, piridoxină 1,5 mg, nicotinamidă 15 mg, d-1-metionină 30 mg, l-histidină 10 mg.

Ac., Ind., Ad. — Aceleaşi ca pentru streptomicină sulfat.

Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru streptomicină sulfat; se apreciază că asocierea vitaminelor din complexul B, a metioninei şi histidinei diminuează ototoxicitatea.

Strofantină (ouabaine)

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd G-strofantină 0,25 mg (cutie cu 10 buc.), *fiole* a 2 ml soluţie apoasă conţinînd G-strofantină 0,125 mg (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Tonicardiac cu acţiune rapidă (apare în 3—10 minute de la injectare şi este maximă după 90 minute), brutală şi de durată scurtă (dispare în 24 de ore după o singură doză, iar în condiţiile digitalizării totale se menţine 2—3 zile după încetarea tratamentului); proporţia de inactivare este de 40% pe zi.

Ind. — Edem pulmonar acut, insuficienţă cardiacă gravă (tratament de urgenţă).

Ad. — *Adulţi:* intravenos lent, 0,25—0,50 mg diluate în 10 ml apă distilată, în caz de edem pulmonar acut, 0,125—0,25 mg de 1—2 ori/zi, pentru digitalizare de urgenţă (pragul mediu de compensare este la 0,6 mg); *copii:* 0,05—0,125 mg/zi intravenos (după vîrstă).

Ef.N. — Pericolul declanşării de aritmii grave este mare; acestea sînt favorizate de starea de hiperexcitabilitate miocardică şi de dezechilibrul electrolitic — hipokaliemie, hipercalcemie.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Hiperexcitabilitate miocardică, miocardite, pericardită constrictivă; se va evita la bolnavii digitalizaţi în prealabil; în timpul tratamentului strofantinic nu se vor administra calciu intravenos (sau medicamente care cresc calcemia), amine simpatomimetice, chinidină, iar diureticele cu acţiune brutală vor fi folosite cu prudenţă.

Sulfafenazol (sulfaphenazol[I], orisul, plisulfan)

P. — *Comprimate* conţinînd sulfafenazol 500 mg (flac. cu 20 buc.).

Ac. — Sulfamidă bacteriostatică cu spectru larg şi acţiune relativ prelungită (12 ore).

Ind. — Infecţii cu germeni sensibili: infecţii urinare cu *E. coli*, *Klebsiella-Aerobacter*, stafilococ auriu, *Proteus mirabilis*, mai rar *Proteus vulgaris* (curativ şi profilactic), amigdalite, bronşite, otită medie, trahom, conjunctivită cu incluzii, şancru moale, nocardioză.

Ad. — *Adulţi:* 2—3 comprimate la 12 ore 2 zile, apoi 1 comprimat la 12 ore 3—5 zile; *copii:* iniţial 1/2—1 1/2 comprimate (după vîrstă) la 12 ore 2 zile, apoi doza se reduce la jumătate.

Ef.N. — Greaţă, diaree, rareori cefalee, vomă, erupţii cutanate alergice, febră, cristalurie; foarte rar eritem multiform exsudativ (sindrom Stevens-Johnson), dermatită exfoliativă, hepatită toxică, pancreatită, nevrite, miocardite, sindrom lupic, discrazii sanguine (se întrerupe medicaţia); tratamentul prelungit sau repetat impune urmărirea tabloului sanguin, a funcţiei renale şi hepatice.

C.I. — Alergie la sulfamide, nou-născuţi, sarcină la termen, perioada de alăptare; prudenţă la alergici, hepatici, renali, în obstrucţia urinară, în discraziile sanguine şi în timpul sarcinii.

Scanned with OKEN Scanner

Sulfametin (sulphamethoxydiazin[I], bayrena)

P. — *Comprimate* conținînd sulfametoxidiazină 500 mg (flac. cu 8 buc.); *suspensie* apoasă conținînd sulfametoxidiazină 5%, pentru uz intern, la copii (flac. cu 40 ml și o măsură de 5 ml).

Ac. — Sulfamidă cu acțiune bacteriostatică intensă și prelungită (preparat retard), cu spectru larg.

Ind. — Infecții cronice cu germeni sensibili: infecții respiratorii, digestive, biliare, genitale și mai ales infecții urinare cu *E. coli*, *Klebsiella-Aerobacter*, stafilococ auriu, *Proteus mirabilis*, mai rar *Proteus vulgaris* (profilactic și curativ), trahom, conjunctivită cu incluzii, șancru moale, nocardioză.

Ad. — *Adulți:* inițial 1 g (2 comprimate), apoi 500 mg o dată/zi; *copii* (mai mari de 3 luni): inițial 20 mg/kg (o zi), apoi 10 mg/kg și zi.

Ef.N. — Greață și vomă, erupții cutanate, eozinofilie, leucopenie, anemie, pozitivarea probelor hepatice enzimatice, complicații renale (rareori); foarte rar eritem multiform exsudativ (Stevens-Johnson).

C.I. — Alergie la sulfamide, boli hepatice, insuficiență renală gravă, nou-născuți, sarcină la termen (în general prudență în timpul sarcinii), perioada de alăptare.

Sulfat de atropină (atropin sulfat)

P. — *Fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd atropină sulfat 1 mg (soluție 1‰) sau 0,25 mg (soluție 0,25‰) (cutie cu 10 sau 100 buc.).

Ac. — Antispastic și bronhodilatator, midriatic și ciclo-plegic, antisecretor, stimulant miocardic (prin împiedicarea controlului parasimpatic); antiparkinsonian (anti-acetilcolinic central).

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Colici și stări spastice ale musculaturii netede intestinale, biliare, ureterale, astm bronșic; hipersalivație, hipersudorație; sincopă prin hipersensibilitate sinocarotidiană sau bloc cardiac; intoxicație acută cu anticolinesterazice sau morfină; sub alte forme farmaceutice se indică, local, în irite sau, oral, în parkinsonism.
Ad. — Subcutanat 0,1—1 ml din soluția 1‰ (0,1—1 mg) o dată (a nu se depăși 1 mg o dată și 3 mg/zi, cu excepția folosirii ca antidot); la *copii* 0,2—1 ml din soluția 0,25‰ (după vîrstă).
Ef.N. — Dozele terapeutice deplin eficace provoacă frecvent uscăciunea gurii cu sete și disfagie, tulburări de vedere (dificultate pentru vederea de aproape, fotofobie), constipație, greutate în micțiune.
C.I. — Glaucom (crește presiunea intraoculară), stenoză pilorică organică, ileus paralitic, adenom de prostată, aderențe organizate între iris și cristalin (consecutive iritei); prudență în cardiopatiile ischemice, insuficiența cardiacă și la bătrîni.

Sulfat de bariu (pro Röntgen)

P. — *Pulbere* de sulfat de bariu (cutie cu 135 g).
Ac. și Ind. — Sare insolubilă de bariu, opacă la razele Röntgen; se folosește pentru examenul radiologic al tubului digestiv.

Sulfat de magneziu

P. — *Fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd sulfat de magneziu 2 g (cutie cu 10 sau 100 buc.).
Ac. — Deprimant central și anticonvulsivant; deshidratant (intravenos).
Ind. — Eclampsie, tetanos și alte afecțiuni convulsive; hipertensiune intracraniană și edem cerebral.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — Intramuscular sau intravenos lent, 1—3 fiole/zi.
Ef.N. — Congestia feţei, hipotensiune chiar colaps. deprimare respiratorie, paralizie musculară — în cazul injectării intravenoase rapide (se injectează imediat clorură de calciu intravenos).
C.I. — Deprimare respiratorie, hipotensiune arterială, insuficienţă renală, miastenie gravă.

Sulfat de sparteină (sparteinI, sulfat)

P. — *Fiole* a 1 ml conţinînd sparteină sulfat 20 mg (cutie cu 10 sau 100 buc.).
Ac. — Ocitocic; antiaritmic, micşorează excitabilitatea şi întîrzie conducerea prin acţiune directă asupra miocardului; stimulent respirator reflex; dozele mari stimulează, apoi paralizează ganglionii vegetativi şi au acţiune curarizantă.
Ind. — Inducerea travaliului la termen; tahicardie, palpitaţii funcţionale şi ca regulator cardiac în anestezia generală cu halotan şi ciclopropan.
Ad. — Intramuscular 1—7 fiole, se repetă la nevoie după o oră; se poate administra şi pe cale orală.
Ef.N. — Pericol de contracţii tetanice şi ruptură uterină (mai ales la multipare); atenţie la sinergismul sparteină-oxitocină (între injecţia de sparteină şi cea de oxitocină trebuie să treacă cîteva ore); diminuarea forţei de contracţie a inimii impune prudenţă la cardiaci.
C.I — Travaliu cu hipertonie uterină sau contracţii excesive, obstacol mecanic; miocardită, insuficienţă cardiacă.

Sulfat de stricnină

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd stricnină sulfurică 1 mg, 2 mg sau 4 mg (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Stimulant al sistemului nervos central, creşte reflectivitatea medulară.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Astenie, convalescență, diminuarea capacității senzoriale.

Ad. — Subcutanat, în doze progresiv crescînde, de la 1 mg la 4—6 mg/zi.

Ef.N. și C.I. — Stări de hiperexcitabilitate, favorizează apariția convulsiilor în diferite boli convulsivante; se va evita la hipertensivi, în diareea cronică, la ulceroși.

Sulfatiazol (sulfathiazol, cibazol)

P. — *Comprimate* conținînd sulfatiazol 500 mg (cutie cu 20 buc.).

Ac. — Sulfamidă cu spectru antibacterian larg și acțiune de scurtă durată.

Ind. — Infecții cu germeni sensibili (streptococii, stafilococii, pneumococii, meningococii, colibaciloză etc.).

Ad. — *Adulți:* oral inițial 2—4 g apoi cîte 1 g (2 comprimate la fiecare 4 ore) (cu apă); *copii:* 150 mg/kilocorp/zi.

Ef.N. — Febră, erupții cutanate (relativ frecvent), congestie a sclerei și conjunctivei, dureri articulare, fotosensibilizare; poate cristaliza în urină (se administrează cu multă apă, eventual se alcalinizează urina), cu hematurie consecutivă, colici nefretice, oligurie, chiar anurie; s-au semnalat rareori deprimarea hematopoiezei, chiar agranulocitoză, hepatită, leziuni nervoase. Toxicitatea sulfatiazolului este relativ mare.

C.I. — Alergie la sulfamide, anemie, leucopenie, nefrită, insuficiență renală, insuficiență hepatică, leziuni ale sistemului nervos; nu se folosește la nou-născuți. Nu se asociază cu metenamina.

Scanned with OKEN Scanner

Supercortisol (prednisolon[I], hostacortin H, hidrocortancyl, ultracorten H)

P. — *Comprimate* conținînd prednisolon 5 mg (flac. cu 25 buc.); *fiole* a 1 ml suspensie apoasă conținînd prednisolon 25 mg (cutie cu 5 buc.).

Ac. — Aceleași ca pentru prednison; este activ și în aplicare locală.

Ind. — Aceleași ca pentru prednison.

Ad. — *Adulți:* oral, doză de atac 30—120 mg/zi (sau mai mult, după situație); doză de întreținere 5—15 mg/zi; *copii:* oral 5—20 mg/zi; la nevoie intramuscular 25 mg/zi (sau mai mult).

Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru prednison.

Superprednol (dexamethason[I], decadron, milicorten)

P. — *Comprimate* conținînd dexametazonă 0,5 mg (flac. cu 40 buc.).

Ac. — Derivat cortizonic antiinflamator, antireumatic, antialergic, antitoxic și antileucemic activ în doze mici; inhibă marcat funcția hipofizosuprarenală; stimulează puternic secreția gastrică, excită sistemul nervos central, crește catabolismul proteic, crește glicemia; favorizarea retenției hidrosaline este foarte slabă; este activ și în aplicare locală.

Ind. — Aceleași ca pentru prednison; de ales pentru probele de frenaj a secreției de ACTH și în hiperplazia suprarenală congenitală.

Ad. — *Adulți:* doză de atac 3—10 mg/zi, doză de întreținere 0,5—1 mg/zi; *copii:* doză de atac 1—3 mg/zi (după vîrstă), apoi doza minimă activă pentru întreținere.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru prednison; osteoporoza este mai frecventă. Nu trebuie folosit pentru tratament îndelungat, deoarece provoacă insuficienţa, chiar atrofia suprarenalei (mai mult decît alte preparate cortizonice).

Supozitoare cu glicerină

P. — *Supozitoare* conţinînd glicerină 2,13 g (pentru adulţi) sau 1,39 g (pentru copii) (cutie cu 6 buc.).
Ac. — Declanşează reflexul de defecaţie prin iritaţie locală.
Ind. — Constipaţie.
Ad. — 1 supozitor la nevoie.

Tablete contra tusei pentru copii

P. — *Comprimate* conţinînd kaliu sulfogaiacol 100 mg, pulbere de foi de beladona 10 mg, pulbere de rădăcină de licviriţie 200 mg (cutie cu 100 buc.).
Ac. — Expectorant cu acţiune blîndă, slab antispastic, slab antiseptic.
Ind. — Bronşite cronice.
Ad. — *Copii* (peste 5 ani): 1/2—2 comprimate/zi.
C.I. — Glaucom.

Tablete expectorante

P. — *Comprimate* conţinînd codeină fosforică 10 mg, clorură de amoniu 200 mg, rădăcină de licviriţie 200 mg (cutie cu 100 buc.).
Ac. — Expectorant prin clorura de amoniu, antitusiv prin codeină.
Ind. — Bronşite acute şi cronice cu expectoraţie vîscoasă şi tuse supărătoare.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — *Adulți:* 2 comprimate de 2—3 ori/zi (la mese); *copii* (peste 3 ani): 1/2—1 comprimat de 2—3 ori/zi.

Ef.N. — Codeina provoacă uneori reacții histaminice sau alergice și rar dependență; pericolul de efecte toxice este mai mare la copii. Clorura de amoniu poate produce iritație gastrică, iar în insuficiența renală sau hepatică favorizează acidoza și intoxicația amoniacală.

C.I. — Precomă și comă hepatică, insuficiență renală, stări de acidoză; gastrită acută; hipersensibilitate la codeină. Prudență la copii.

T.A.O. (triacetyloleandomycin)

P. — *Capsule* conținînd triacetiloleandomicină 350 mg, echivalent cu 250 mg oleandomicină (flac. cu 12 buc.).

Ac. — Antibiotic bacteriostatic cu spectru îngust, asemănător celui al eritromicinei; este activ față de stafilococii penicilinazosecretori, streptococi, pneumococi, micoplasme.

Ind. — Infecții cu germeni sensibili la oleandomicină, dar rezistenți la alte antibiotice de uz mai larg (penicilină, streptomicină, tetracicline) sau cînd bolnavii sînt alergici la acestea; limfogranulomatoză venerianã. Rezistența bacteriană este încrucișată pentru oleandomicină și eritromicină.

Ef. N. — Tulburări digestive, reacții alergice; tratamentul prelungit (peste 10—14 zile) poate afecta ficatul, cu creșterea bilirubinemiei, pozitivarea unor probe hepatice, colestază și icter.

C.I. — Boli hepatice, icter, bolnavi care au prezentat în antecedente semne de toxicitate hepatică la triacetiloleandomicină; alergie specifică la antibiotic.

Scanned with OKEN Scanner

Tarosin

P. — *Comprimate* conținînd acid ascorbic 50 mg și rutozid 20 mg (flac. cu 20 buc.).
Ac. — Crește rezistența și scade permeabilitatea capilarelor; aport de acid ascorbic și vitamină P.
Ind. — Stări hemoragice prin fragilitate capilară, ateroscleroză, hipertensiune arterială, afecțiuni inflamatorii diverse, boli infecțioase acute, convalescență, sarcină și alăptare.
Ad. — 1—2 comprimate de 2—3 ori/zi.

Tebemicin (cycloserin[I])

P. — *Comprimate* conținînd cicloserină 250 mg (cutie cu 40 buc.).
Ac. — Antibiotic eficace față de bacilul tuberculos și o serie de germeni Gram-pozitivi și Gram-negativi, dezvoltă relativ repede rezistență.
Ind. — Tuberculoză cu germeni rezistenți la tuberculostatice majore (este obligatorie asocierea cu alte antituberculoase); infecții urinare cu germeni sensibili, mai ales *E. coli*.
Ad. — *Adulți*: 1—3 comprimate/zi; *copii*: 10 mg/kilocorp și zi.
Ef.N. — Reacții alergice; dozele terapeutice mari pot provoca somnolență, amețeli, cefalee, tresăriri musculare, confuzie mintală, rareori crize convulsive și tulburări psihotice (se administrează vitamina B_6 în doze mari); poate provoca hipoglicemie și creșterea valorilor transaminazelor serice (mai ales la cei cu antecedente hepatice).
C.I. — Alergie specifică, epilepsie, instabilitate mintală, alcoolism; prudență în insuficiența renală și la hepatici; se vor evita băuturile alcoolice.

Scanned with OKEN Scanner

Teoglucin

P. — *Fiole* a 5 ml sau 10 ml soluție apoasă conținînd teofilină 100 mg, respectiv 200 mg și glucoză 500 mg, respectiv 1 g (cutie cu 5 buc.).

Ac. și Ind. — Aceleași ca pentru miofilin.

Ad. — Intravenos lent, 1—3 fiole/zi.

Ef. N. — Neliniște, insomnie; injectarea intravenoasă rapidă poate provoca cefalee, palpitații, amețeli, greață, hipotensiune.

C.I. — Prudență în caz de hipotensiune arterială, hemoragie cerebrală, excitație centrală, epilepsie, nefrită acută; prudență sau se evită la copiii mici.

Testolent

P. — *Fiole* a 1 ml soluție uleioasă conținînd testosteron fenilpropionat 100 mg (cutie cu 3 buc.).

Ac. — Derivat de testosteron cu acțiune prelungită; efectele sînt similare celor ale metiltestosteronului.

Ind. — La *bărbați*: climacteriu, impotență sexuală, tulburări de castrare, eunucoidism, cazuri selecționate de criptorhidism. La *femei*: cazuri selecționate de frigiditate, cancer de sîn inoperabil, cancer de sîn după intervenția chirurgicală sau după radioterapie.

Ad. — Intramuscular 1/2—1 fiolă la 2 săptămîni în insuficiența testiculară, 1/2—1 fiolă de 1—2 ori/săptămînă în cancerul de sîn inoperabil.

Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru testosteron.

Scanned with OKEN Scanner

Testosteron (testosteron[I] propionat, perandren propionat)

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie uleioasă conţinînd testosteron propionat 25 mg (cutie cu 5 buc.).

Ac. — Hormon androgen natural, controlează dezvoltarea şi menţinerea organelor sexuale şi caracterelor sexuale secundare masculine; dozele mici stimulează spermatogeneza, dozele mari inhibă spermatogeneza şi activitatea ovariană (prin inhibarea hipofizei). Favorizează anabolismul proteic şi retenţia hidrosalină.

Ind. — La *bărbaţi:* climacteriu, impotenţă, eunucoidism, cazuri selecţionate de criptorhidism. La *femei:* tulburări de menopauză, dismenoree, tensiune premenstruală, sîngerări uterine funcţionale, endometrioză, mastită cronică chistică, pentru suprimarea lactaţiei, cancer de sîn (inoperabil, după operaţie, după radioterapie).

Ad. — Intramuscular, 10—50 mg de 2—3 ori/săptămînă în hipogonadism, 100—300 mg/săptămînă în cancerul de sîn, 50—75 mg/zi 2—3 zile pentru inhibarea lactaţiei.

Ef.N. — Retenţie hidrosalină cu edeme, hipercalcemie, favorizarea creşterii oaselor, apoi oprirea creşterii prin închiderea epifizei (dozele mari la copii); la femei suprimă activitatea ovariană, menstruaţia, provoacă virilizare şi creşterea libidoului (tratamentul prelungit cu doze mari); la bărbaţi poate suprima spermatogeneza (dozele mari); favorizează dezvoltarea cancerului de prostată. Rareori erupţii alergice cutanate şi alte reacţii de tip anafilactic.

C.I. — Carcinom de prostată, carcinom de sîn la bărbaţi, sarcină, alergie specifică; prudenţă în insuficienţa cardiacă, insuficienţa renală, epilepsie, migrenă; prudenţă la bătrîni.

Scanned with OKEN Scanner

Tetraciclină (tetracyclin[I], hostacyclin)

P. — *Drajeuri* conţinînd tetraciclină 250 mg sau 125 mg, *capsule operculate* conţinînd tetraciclină 250 mg sau 125 mg (flac. cu 16 buc.).

Ac. — Antibiotic bacteriostatic cu spectru larg, cuprinzînd germeni Gram-pozitivi şi Gram-negativi, rickettsii, spirochete, actinomicete, protozoare, virusuri mari; *Tr. pallidum*, leptospirele, *M. tuberculosis* şi *E. histolytica* sînt mai puţin sensibili, iar *Proteus* şi *Pseudomonas* sînt de obicei rezistenţi. Realizează concentraţii mari în urină şi bilă.

Ind. — Tifos exantematic, febră Q, psittacoză, limfogranulomatoză venerianã, bruceloză, tularemie, antrax, dizenterie bacilară, infecţii pulmonare rezistente la penicilină, pneumonie atipică primară, infecţii urinare, mai ales cu *E. coli*, *P. aeruginosa* şi *Str. faecalis* (reacţia urinii trebuie menţinută acidă).

Ad. — *Adulţi*: 1—2 drajeuri la 6 ore (1—2 g/zi) în funcţie de gravitatea infecţiei: *copii:* 10—50 mg/kilocorp şi zi. În curele prelungite se recomandă asocierea de vitamine din complexul B şi introducerea în alimentaţie a iaurtului pentru evitarea consecinţelor distrugerii florei intestinale; la nevoie se asociază Nistatin pentru profilaxia sau tratamentul suprainfecţiilor micotice.

Ef.N. — Greaţă (se administrează după mese), diaree; suprainfecţii cu microorganisme rezistente (*Candida*, germeni coliformi, stafilococi) manifestate prin stomatită, prurit anal, uneori complicaţii grave (candidoză pulmonară enterită stafilococică fulminantă); creşte azotemia şi agravează fenomenele toxice ale insuficienţei renale; depuneri în oase, unghii, dinţi, cu colorare galbenă, chiar tulburări de creştere (cînd se administrează la copii mici sau în ultima perioadă a sarcinii); hepatite toxice grave mai ales la femeile gravide tratate pentru pielonefrită;

Scanned with OKEN Scanner

reacţii alergice şi fotosensibilizare (rareori). Preparatele ţinute mult timp la căldură şi umezeală pot provoca (prin produse de degradare) un sindrom tip Fanconi dobîndit. Poate interfera cu determinarea glucozei urinare şi a urobilinogenului.

C.I. — Prudenţă mare în sarcină, la nou-născuţi; grijă în insuficienţa renală şi în insuficienţa hepatică. Laptele, hidroxidul de aluminiu, compuşii cu calciu, magneziu şi fier diminuează absorbţia intestinală a tetraciclinei.

Tetraciclină complex

P. — *Pulbere* aromatizată conţinînd tetraciclină 25%, tamponată cu hexametofosfat de sodiu, cu adaos de tiamină şi riboflavină (flac. cu 100 g sau 20 g).

Ac. — Tetraciclină într-o formă care se absoarbe bine digestiv; asociaţia de vitamine previne fenomenele carenţiale.

Ad. — Oral 10—15 mg tetraciclină/kilocorp şi zi (în 4 prize); o măsură rasă cuprinde circa 50 mg tetraciclină.

Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru tetraciclină; se foloseşte mai ales la copii.

Timus

P. — *Fiole* a 1 ml conţinînd principii activi din 1 g timus proaspăt (cutie cu 5 buc.).

Ac. — Stimulează creşterea şi maturarea sexuală.

Ind. — Nanism, infantilism, criptorhidie (sub vîrsta de 10 ani şi fără obstacol mecanic), tulburări distrofice diverse.

Ad. — Intramuscular, 1 fiolă zilnic sau la 2 zile.

C.I. — Miastenie gravă.

Scanned with OKEN Scanner

Tiocarlid (tiocarlid[I] isoxyl)

P. — *Comprimate* conținînd tiocarlid 500 mg (cutie cu 50 buc.).

Ac. și Ind. — Antituberculos de releu din grupa tiocarbanilidelor, cu acțiune de intensitate medie; dezvoltă lent rezistență și întîrzie instalarea rezistenței la antituberculoasele majore. Se folosește în formele cronice de tuberculoză pulmonară și extrapulmonară cu germeni rezistenți la alte antituberculoase și la bolnavi care nu suportă PAS-ul.

Ad. — Oral 100 mg/kilocorp și zi (6—8 g), fracționat în 3—4 prize.

Ef.N. — Rareori tulburări digestive (gastralgii, inapetența), eritem, artralgii, hipoglicemie, leucopenie, monocitoză, purpură.

C.I. — Alergie specifică.

Tioridazin (thioridazin[I] meleril)

P. — *Drajeuri* conținînd tioridazină hidroclorică 5 mg — *mitte* (flac. cu 20 buc.) sau 50 mg — *forte* (flac. cu 6 buc.).

Ac. — Neuroleptic fenotiazinic; antipsihotic eficace cu acțiune sedativă intensă; simpatolitic.

Ind. — Stări de agitație, tensiune și anxietate în schizofrenie, manie și alte psihoze; nevroze, afecțiuni medicale sau chirurgicale însoțite de anxietate și agitație, insomnie; tulburări de comportament la copii.

Ad. — *Adulți*: 25—600 mg/zi (fracționat), în psihoze; 25 mg/zi în alte stări de anxietate și agitație; *copii*: de vîrstă școlară 10—25 mg/zi, mici 1—2 mg/kilocorp și zi.

Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru clorpromazină (clordelazin); hipotensiunea ortostatică este frecventă, tulburările extrapiramidale rare; dozele mari folosite îndelungat pot provoca pigmentare oculocutanată.

Scanned with OKEN Scanner

Tiosulfat de sodiu (natrium hyposulfurosum)

P. — *Fiole* a 10 ml soluție apoasă conținînd tiosulfat de sodiu 1 g sau 2 g (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Desensibilizant nespecific; detoxifiant în intoxicația cu cianuri — asociat nitritului de sodiu fixează ionii cianat din cianhemoglobină, formînd tiocianat care se elimină.

Ind. — Urticarie, prurit și prurigo, eritrodermii, eczeme; intoxicație acută cu cianuri.

Ad. — Intravenos lent, 1/2—2 fiole; în intoxicația cu cianuri 12,5—25 g tiosulfat, injectate intravenos în aproximativ 10 minute.

C.I. — Edeme, insuficiență renală.

Tiroidă

P. — *Drajeuri* conținînd pulbere de glandă tiroidă 75 sau 125 mg (flac. cu 50 buc.).

Ac. — Hormonii tiroidieni cuprinși stimulează metabolismul tisular, favorizează creșterea, sensibilizează la acțiunea catecolaminelor. Corectează fenomenele de hipotiroidism; efectul este lent (maxim după 8—10 zile de tratament) și prelungit.

Ind. — Tratament de substituție în insuficiența tiroidiană — cretinism, mixedem, gușă netoxică, stări de hipotiroidism la copii, în sarcină și la bătrîni — de natură funcțională, prin atrofia primară a glandei, după tiroidectomie, iradiere sau antitiroidiene.

Ad. — *Adulți:* 1—3 drajeuri a 75 sau 125 mg/zi, 4—5 zile/săptămînă; *copii:* 10—100 mg/zi (după vîrstă). Tratamentul se începe cu doze mici, care se cresc progresiv.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Dozele terapeutice pot provoca inițial palpitații, dureri anginoase, crampe musculare; tratamentul intensiv poate fi cauză de tahicardie, aritmii cardiace, diaree, neliniște, cefalee, slăbiciune musculară, congestie și sudorație, pierdere în greutate; rareori reacții alergice. Efectul anticoagulantelor poate fi crescut, iar răspunsul diabeticilor la insulină sau hipoglicemiante orale poate fi modificat.
C.I. — Alergie specifică, infarct de miocard (fără hipotiroidism), boală Addison netratată; prudență la cardiaci, anginoși și hipertensivi. În mixedemul pituitar trebuie tratată concomitent și insuficiența corticosuprarenalei.

Tiroton

P. — *Comprimate* conținînd liotironină 20 mcg (flac. cu 30 buc.).
Ac. — Hormon tiroidian cu acțiune intensă, rapidă și de durată relativ scurtă — efectul apare în 5 ore și este maxim în 2—3 zile; stimulează metabolismul tisular, favorizează creșterea, sensibilizează la acțiunea catecolaminelor.
Ind. — Hipotiroidism de toate gradele, de la mixedem la hipofuncție ușoară, cretinism, sterilitate masculină prin hipotiroidism; gușă simplă (netoxică); este de ales în urgențe.
Ad. — *Adulți:* inițial 1/2—1 comprimat/zi, se crește progresiv la 3—5 comprimate/zi (fracționat în 2 prize); *copii:* 1/2—2 comprimate/zi (după vîrstă).
Ef.N. — Tahicardie, dureri precordiale, tulburări menstruale, nervozitate, cefalee, sudorație (la doze mari); tratamentul intensiv în mixedem poate provoca accese anginoase sau insuficiență cardiacă.
C.I. — Angină de piept și alte boli cardiovasculare, nefroză, boală Addison și hipopituitarism netratate, hipogonadism morfologic.

Scanned with OKEN Scanner

Tolazolin (tolazolin[I], priscol)

P. — *Comprimate* conținînd tolazolină hcl. 25 mg (cutie cu 40 buc.); *fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd tolazolină hcl. 10 mg (cutie cu 10 buc.).

Ac. — Vasodilatator arteriolar și capilar, mai ales în teritoriul cutanat, splanhnic, retinian și pulmonar (prin blocarea receptorilor α-adrenergici).

Ind. — Boli vasculare funcționale sau organice cu insuficiență circulatorie: stări vasculospastice (boală Raynaud, acrocianoză), ocluzie arterială acută prin embolie sau tromboză (se asociază anticoagulantelor), boli arteriale ocluzive cronice (arterioscleroză obliterantă, tromboangeită obliterantă, sindrom postdegerătură); pentru prevenirea gangrenei în cazul injectării intraarteriale accidentale de Tiopental.

Ad. — Oral 1—4 comprimate de 4 ori/zi; intramuscular sau intravenos lent, 1—5 fiole de 4 ori/zi (se începe cu doze mici); intraarterial, 1—7 fiole o dată.

Ef.N. — Congestie a pielii și piloerecție, tahicardie, țiuituri în urechi, frison, greață și vomă, diaree, dureri epigastrice, hipotensiune ortostatică (mai ales pentru dozele mari).

C.I. — Cardiopatii ischemice (stimulează inima), ulcer gastroduodenal (crește secreția gastrică), sarcină în primul trimestru (pericol de avort).

Tolbutamid (tolbutamid[I], orinase, rastinon)

P. — *Comprimate* conținînd tolbutamidă 500 mg (tub cu 50 buc.).

Ac. — Sulfamidă antidiabetică și hipoglicemiantă, acționează predominant prin stimularea secreției pancreatice de insulină; efectul se menține 8—10 ore.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Diabet pancreatic moderat (care necesită doze de insulină sub 35 u.i.), stabil, la adultul de greutate normală.
Ad. — 2—4 comprimate/zi (în 2—3 prize).
Ef.N. — Reacţii hipoglicemice (bolile hepatice şi renale, malnutriţia, debilitatea, vîrsta înaintată, băuturile alcoolice, insuficienţa suprarenală şi hipofizară sînt factori favorizanţi); greaţă, neplăcere epigastrică, cefalee, erupţii cutanate alergice; foarte rar disfuncţie hepatică şi icter, leucopenie, agranulocitoză, trombocitopenie, anemie hemolitică, anemie aplastică, pancitopenie, porfirie hepatică şi cutanată.
C.I. — Diabet juvenil, diabet instabil, diabet cu acidoză, cetoză sau comă, în prezenţa febrei, traumatismelor grave sau infecţiilor (este necesară insulină), insuficienţă renală severă, sarcină; prudenţă la hepatici şi renali, debilitaţi, malnutriţi. Atenţie la asocierea diureticelor tiazidice (nefrix, ufrix), care agravează diabetul; asocierea insulinei, metforminei (meguan), sulfamidelor, fenilbutazonei, salicilaţilor, probenecidului, cumarinelor (Trombostop), inhibitorilor de monoaminooxidază şi băuturilor alcoolice, creşte riscul reacţiilor hipoglicemice.

Tonic

P. — *Sirop* conţinînd hipofosfit de calciu 2 g, hipofosfit de sodiu 0,5 g, hipofosfit de potasiu 0,5 g, sulfat de cupru 0,008 g, clorură de fier 0,10 g, stricnină sulfurică 0,006 g/100 g (flac. cu 200 ml).
Ac. — Tonic general, slab stimulant al hematopoiezei.
Ind. — Debilitate fizică, stări de oboseală, convalescenţă.
Ad. — *Adulţi*: 1. lingură înaintea meselor principale; *copii* (peste 3 ani): 1—2 linguriţe înaintea meselor principale.
C.I. — Diaree la copii mici.

Scanned with OKEN Scanner

Tonozit

P. — *Comprimate* conţinînd inozitol 250 mg (flac. cu 25 buc.).

Ac. — Vitamină din complexul B cu acţiune lipotropă şi hepatoprotectoare.

Ind. — Hepatite cronice şi ciroze cu infiltraţie şi degenerescenţă grasă.

Ad. — *Adulţi:* 2 comprimate de 2—4 ori/zi; *copii:* 1—2 comprimate/zi.

C.I. — Insuficienţă hepatică gravă.

Trasylol (aprotinin)

P. — *Fiole* a 10 ml soluţie izotonă, conţinînd aprotinină 100 000 U.I.K. (cutii cu 2, 5 şi 25 buc.).

Ac. — Polipeptidă din plămînul de bovine, are acţiune antiproteazică, inhibînd chimotripsina, kalidinogenaza, tripsina, activatorii plasminei şi plasminogenului.

Ind. — Sîngerări prin hiperfibrinoliză, pancreatită acută, peritonită septică, stări grave de şoc (endotoxinic, hemoragic, traumatic, prin arsuri); pentru profilaxia complicaţiilor postoperatorii şi posttraumatice (necroză pancreatică, aderenţe, embolii grăsoase); antidot în supradozarea trombolitice lor.

Ad. — Iniţial intravenos lent 500 000 U, apoi în perfuzie intravenoasă cîte 50 000 U/oră şi, în continuare, 300 000—500 000 U/zi în pancreatita acută; iniţial intravenos lent 500 000 U (în 30 minute), apoi în perfuzie intravenoasă, cîte 50 000 U/oră, pînă la oprirea durabilă a sîngerării în hemoragiile prin hiperfibrinoliză. Injectarea intravenoasă se face bolnavului culcat, viteza de administrare netrebuind să depăşească 5 ml/minut.

Scanned with OKEN Scanner

Ef.N. — Rareori reacţii alergice (tahicardie, paloare, cianoză, dispnee, sudoraţie, greaţă, dureri precordiale); uneori tromboflebite la locul injectării (în cazul administrării repetate).
C.I. — Alergie la trasylol; prudenţă la alergici.

Trecid (guajacuran, guaiaphenesin, myocain, resyl)

P — *Comprimate* conţinînd glicerilgaiacol 100 mg (flac. cu 40 buc.); *sirop* conţinînd glicerilgaiacol 2 g/100 ml (flac. cu 100 ml); soluţie gliceroalcoolică aromatizată pentru uz intern conţinînd glicerilgaiacol 10 g/100 ml (flac. cu 20 ml).
Ac. — Miorelaxant; expectorant şi antitusiv; slab antiseptic şi dezodorizant.
Ind. — Spasme ale musculaturii striate provocate prin traumatism, inflamaţie sau de natură reflexă; ca expectorant în afecţiuni acute şi cronice ale căilor respiratorii.
Ad. — *Adulţi:* 1—2 comprimate de 3—5 ori/zi (doza mare ca miorelaxant, doza mică ca expectorant şi antitusiv), sirop 3—5 linguri/zi, soluţie pentru uz intern 20 picături de 3—5 ori/zi; *copii* (peste 5 ani): sirop 1 linguriţă de 2—3 ori/zi.
Ef.N. — Rareori iritaţie gastrointestinală sau sedare. Provoacă reacţie fals pozitivă pentru acidul 5-hidroxiindolacetic în urină (interferă diagnosticul sindromului carcinoid).

Trepal (trimethadion[I], tridione, troxidone)

P. — *Comprimate* conţinînd trimetadionă 150 mg (flac. cu 50 buc.).
Ac. — Oxazolidindionă anticonvulsivantă-antiepileptică.
Ind. — Mic rău epileptic, cazuri selecţionate de epilepsie psihomotorie (în asociaţie cu alte antiepileptice).

Scanned with OKEN Scanner

Ad.— *Adulți:* 3 comprimate de 3—4 ori/zi, după mese (se începe cu doze mici); *copii:* 1—8 comprimate/zi (după vîrstă).
Ef.N.— Fotofobie și tulburări de vedere, insomnie sau somnolență, ameteli, slăbiciune musculară, greață, vomă, dureri abdominale, alopecie, erupții cutanate; rareori dermatită exfoliativă, eritem multiform, sindrom lupoid, agranulocitoză, anemie aplastică, nefroză, hepatită; potențialul toxic mare impune prudență și efectuarea regulată de examene ale sîngelui, urinii și funcției hepatice. În epilepsia majoră poate declanșa *status epilepticus*.
C.I.— Deprimarea hematopoiezei, boli renale sau hepatice, leziuni ale retinei și nervului optic, erupții cutanate și alte reacții alergice specifice; prudență în timpul sarcinii și lactației.

Triferment

P.— *Drajeuri* conținînd tripsină 18 u. WWL, lipază 6 u. WWL și amilază (putere amilolitică) 6,5 g (flac. cu 30 buc.).
Ac.— Preparat enzimatic digestiv, cuprinde fermenți pancreatici proteolitici, lipolitici și amilolitici.
Ind.— Pancreatită cronică, fibroză chistică pancreatică (la copil), dispepsii de putrefacție și fermentație, tulburări digestive prin exces alimentar (profilactic și curativ), tulburări digestive în cursul tratamentului cu PAS, sulfamide sau antibiotice cu spectru larg.
Ad.— 1—4 drajeuri cu apă, după mesele principale.
C.I.— Folosirea la copiii mici trebuie evitată.

Trifluoperazin (trifluoperazin[I], stelazine)

P.— *Drajeuri* conținînd trifluoperazină hcl. 5,9 mg (corespunzător la 5 mg bază) (flac. cu 50 buc.); *fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd trifluoperazină hcl. echivalent cu 2 mg bază (cutie cu 10 și 100 fiole).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Fenotiazină cu proprietăți antipsihotice marcate, slab sedativă; antiemetic activ; efectul este durabil.
Ind. — Schizofrenie acută și cronică, psihoze prin leziuni cerebrale; tulburări de comportament la oligofrenici, alcoolism, *delirium tremens;* psihonevroze; vomă de diferite cauze.
Ad. — Oral 2—30 mg/zi (în 2—3 prize) în psihoze, 2—5 mg/zi în psihonevroze și ca antiemetic; injecții intramusculare (în urgențe sau ca tratament de atac), cîte 1—2 mg repetat la 4—6 ore (după nevoie).
Ef.N. — Somnolență sau insomnie, agitație, amețeli, tulburări de vedere, obstrucție nazală, uscăciunea gurii, erupții cutanate, amenoree, slăbiciune musculară; dozele mari produc relativ frecvent reacții extrapiramidale (parkinsonism, sindroame diskinetice, acatisie), care pot fi controlate prin antiparkinsoniene și sînt reversibile la întreruperea tratamentului; rareori hipotensiune ortostatică, foarte rar leucopenie, agranulocitoză, trombopenie, icter colestatic sau toxic, retinopatie.
C.I. — Comă (mai ales prin intoxicație cu deprimante centrale), discrazii sanguine, deprimare medulară, boli hepatice, alergie specifică; nu se folosește la copii sub 6 ani; prudență la cardiovasculari și în timpul sarcinii. Se va evita tratamentul ambulator la șoferi, dispeceri și în alte profesiuni care cer atenție și performanțe riguroase; prudență în consumul băuturilor alcoolice și la asocierea de medicamente deprimante centrale (potențare).

Trioximetilen

P. — *Comprimate* conținînd paraformaldehidă 1,10 g (cutie cu 150 buc.).
Ac. — Degajă formaldehidă la încălzire, acționînd dezinfectant.
Ind. — Dezinfecția încăperilor și a obiectelor.

Scanned with OKEN Scanner

Tripsină cristalizată

P. — *Pulbere* liofilizată (pentru uz extern) de tripsină cristalizată din pancreasul de bou (flac. cu 50 mg corespunzătoare la 1 u. Anson, plus 1 fiolă cu 10 ml solvent tip Sörensen).
Ac. — Enzimă proteolitică — aplicată local, lichefiază și curăță coagulii și țesutul necrozat.
Ind. — Tratament adjuvant în plăgi și ulcere necrotice, abcese, fistule, arsuri de gradul II.
Ad. — Soluția se aplică local sub formă de comprese sterile sau prin irigație continuă picătură cu picătură; țesuturile cu pH acid (sub 6) se irigă în prealabil cu o soluție slab alcalină.
Ef.N. — Uneori senzație de arsură la locul aplicării; rareori reacții alergice.
C.I. — Plăgi recente, plăgi pe cale de epitelizare, suprafețe sîngerînde, carcinoame ulcerate; alergie specifică; prudență în caz de leziuni tuberculoase.

Trisilicalm

P. — *Comprimate* conținînd trisilicat de magneziu 0,50 g (flac. cu 50 buc., cutie cu 100 buc.).
Ac. — Antiacid gastric și adsorbant; efectul este lent și relativ prelungit.
Ind. — Ulcer gastric și duodenal.
Ad. — Oral, pentru supt, 1—4 comprimate la 2 ore după mese și la nevoie (pirozis, epigastralgii).
Ef.N. — Dozele mari pot provoca diaree; la bolnavii cu insuficiență renală ionii de magneziu absorbiți pot provoca fenomene toxice; folosirea îndelungată poate fi cauză de calculoză urinară.
C.I. — Diaree, insuficiență renală.

Scanned with OKEN Scanner

Trombină umană

P. — *Pulbere* de trombină corespunzătoare la 15—25 u. Melamby/mg (flac. cu 15—25 mg).
Ac. — Factor al coagulării, acţionează transformarea fibrinogenului în fibrină, activează formarea autocatalitică a trombinei.
Ind. — Sindroame hemoragice diverse (cu excepţia celor prin fibrinoliză şi prin exces de heparină).
Ad. — Subcutanat 5—10 u.M./kilocorp (dizolvată în ser fiziologic).
Ef.N. — Poate transmite virusul hepatitei.
C.I. — Boli tromboembolice: nu se injectează intravenos (produce coagularea intravasculară masivă).

Trombină uscată sterilă

P. — *Pulbere* de trombină (flac. cu 2 g).
Ac. — Factor al coagulării cu acţiune hemostatică locală.
Ind. — Hemoragii capilare de suprafaţă, epistaxis, hematemeză, diferite hemoragii chirurgicale (după intervenţii stomatologice, amigdalectomie, prostatectomie etc.).
Ad. — În aplicaţii locale sub formă de soluţie (preparată extemporaneu), eventual îmbibată în bureţi de fibrină sau gelatină; oral (pentru controlul hemoragiilor gastroduodenale), după neutralizarea prealabilă a aciditătii gastrice.
C.I. — Injectarea este strict interzisă.

Tromboplastină uscată

Pulbere de tromboplastină din creier uman, deshidratată (flac. cu 1 g). Se foloseşte în laborator pentru teste de coagulare a sîngelui.

Scanned with OKEN Scanner

Trombostop (acenocoumarol[I], nicoumalone, sintrom)

P. — *Comprimate* conținînd acenocumarol 2 mg (flac. cu 30 buc.).

Ac. — Anticoagulant cumarinic, interferă cu sinteza hepatică a protrombinei (ca antivitamină K); acțiunea se exercită numai *in vivo*, are o perioadă de latență de 24—48 de ore și se menține circa 48 de ore.

Ind. — Afecțiuni tromboembolice acute, profilaxia accidentelor embolice după intervenții chirurgicale și la cardiaci, tromboză venoasă profundă, profilaxia trombozei cerebrale.

Ad. — *Oral*, obișnuit 6—8 comprimate în prima zi, 2—6 comprimate în a 2—a zi, apoi 1—4 comprimate pe zi ca doză de întreținere (în funcție de timpul de protrombină); dozarea trebuie strict individualizată (variații individuale mari).

Ef.N. — Sîngerări diverse, relativ greu de controlat (se injectează fitomenadionă); stomatită ulceroasă, tulburări digestive, alopecie, urticarie.

C.I. — Diateze hemoragice, hipertensiune arterială peste 200 mm Hg; nu se folosește în primele 3 zile după intervențiile chirurgicale sau după naștere, nici în ultimele luni de sarcină; prudență și doze mici la hepatici, renali, hipertiroidieni, în stări febrile, la denutriți și în boli sistemice grave. În timpul tratamentului alăptatul trebuie întrerupt (trece în lapte). Antibioticele cu spectru larg administrate oral îndelungat, salicilații, paracetamolul, fenilbutazona, clofibratul, disulfiramul potențează efectul anticoagulant; fenobarbitalul și alte barbiturice, meprobamatul, îl diminuează; introducerea sau suprimarea

Scanned with OKEN Scanner

acestor medicamente în timpul tratamentului cumarinic impune controlul timpului de protrombină, eventual modificarea dozei de trombostop. Tratamentul este strict contraindicat atunci cînd nu este posibil controlul efectului prin analize de laborator periodice.

Tumison

P. — *Unguent* conținînd hidrocortizon acetat 1% și tumenol 3% (tub cu 20 g).

Ac. — Antiinflamator, antipruriginos, antiproliferativ și keratolitic, slab antiseptic.

Ind. — Eczeme, mai ales forme subacute și cronice cu infiltrație și lichenificare, acnee rozacee, lichen plan, boală Dühring, prurigo, prurit anogenital.

Ad. — Local pe piele, de 1—2 ori/zi.

Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru Unguent cu hidrocortizon acetat.

Tusan (noscapin[I], narcotin)

P. — *Comprimate* conținînd noscapină hcl. 50 mg sau 10 mg (flac. cu 10 buc.).

Ac. — Antitusiv prin acțiunea centrală, slab bronhodilatator și stimulant respirator; efectul durează aproximativ 4 ore.

Ind. — Tuse iritativă, paroxisme de tuse în bronșita spastică și astmul bronșic, tuse convulsivă la copii.

Ad. — 10—50 mg de 3 ori/zi.

Ef.N. — Ușoară somnolență, cefalee, amețeli, greață, erupții cutanate.

Scanned with OKEN Scanner

Tusomag

P. — *Soluție* pentru uz intern conținînd codeină 1 g, benzoat de sodiu 1 g, tinctură de tim 19 g, tinctură de aconit 10 g, tinctură de beladonă 15 g, bromoform 10 g, apă de benzaldehidă 15 g, alcool la 100 g (flac. cu 20 ml).
Ac. — Antitusiv, antispastic.
Ind. — Tuse iritativă, tuse convulsivă.
Ad. — *Adulți:* 10—20 picături de 3 ori/zi; *copii* (peste 2 ani): 5—15 picături de 2—3 ori/zi (după vîrstă).
Ef.N. — Potențialul toxic este mare datorită tincturii de aconit și bromoformului (dozarea impune prudență).
C.I. — Afecțiuni cardiace și renale grave, boli pulmonare acute.

Ufrix (butizid[I], thiabutazid)

P. — *Comprimate* conținînd butizidă 5 mg (flac. cu 30 buc.).
Ac. — Diuretic tiazidic cu o potență ceva mai mare decît hidroclorotiazida.
Ind., Ad., Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru Nefrix.

Ulcerotrat (roter)

P. — *Comprimate* conținînd bismut subnitric 350 mg, carbonat de magneziu 300 mg, bicarbonat de sodiu 200 mg, scoarță de *frangula* 25 mg, rădăcină de *calamus* 25 mg (cutie cu 120 buc.).
Ac. — Antiacid, slab neutralizant, astringent, protector și constipant prin bismut, slab alcalinizant și laxativ prin carbonatul de magneziu, alcalinizant cu acțiune rapidă și intensă prin bicarbonatul de sodiu, laxativ prin *frangula* și *calamus*.
Ind. — Hiperaciditate gastrică, ulcer gastroduodenal.
Ad. — 2 comprimate la 1—2 ore după mesele principale și la nevoie.

Scanned with OKEN Scanner

Ulcomplex

P. — *Comprimate* conținînd hidroxid de aluminiu 200 mg, butilscopolamină 10 mg și meprobamat 200 mg (cutie cu 30 buc.).
Ac. — Antiacid neutralizant, antipeptic, adsorbant și protector al mucoasei gastrointestinale prin hidroxidul de aluminiu, antisecretor și antispastic (parasimpatolitic) prin butilscopolamină, tranchilizant prin meprobamat.
Ind. — Ulcer gastroduodenal, gastrită hiperacidă, enterocolită spastică, diaree cronică.
Ad. — 1 comprimat la 1—2 ore după mesele principale.
Ef.N. — Dozele mari pot provoca uscăciunea gurii și tulburări de vedere prin butilscopolamină, alteori constipație (prin hidroxidul de aluminiu și butilscopolamină). Meprobamatul poate fi cauză de sedare și somnolență, potențează băuturile alcoolice și uneori provoacă reacții alergice (erupții cutanate, edeme, artralgii, febră, frison).
C.I. — Glaucom, adenom de prostată, constipație, ileus paralitic; stări de deprimare centrală; alergie la meprobamat. Prudență la șoferi, dispeceri etc.; se vor evita băuturile alcoolice.

Ultralan

P. — *Unguent* conținînd fluocortolonă 0,5% (0,25% sub formă de alcool, 0,25% sub formă de caproat) și hexaclorofenat de clemizol 2,5% (tub cu 10 și 20 g).
Ac. — Fluocortolona este un preparat cortizonic pentru uz dermatologic, cu acțiuni antiinflamatorie, antialergică și antipruriginoasă intense; asocierea formei alcool cu caproatul asigură o acțiune rapidă și îndelungată. Hexaclorofenul conferă unguentului proprietăți antiseptice — este activ mai ales față de germenii Gram-pozitivi, reducînd considerabil flora microbiană de pe piele. Clemizolul are proprietăți antihistaminice.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Eczeme, dermatite diverse, neurodermită, psoriazis, lichen plan, lupus eritematos discoid netuberculos, prurit anal și vulvar. Este avantajos în prezența unei componente alergice și atunci cînd există pericol de infecție.
Ad. — Local pe piele, inițial de 2—3 ori/zi, apoi o dată/zi.
Ef.N. — Suprainfecții locale microbiene (foliculită miliară, piodermită etc.) sau micotice; rareori iritație locală, prurit, hipertricoză, hipopigmentare, erupții acneiforme; aplicarea prelungită poate provoca atrofia locală a pielii și vergeturi. Dozele mari, aplicate pe suprafețe întinse, pot fi cauză de fenomene cortizonice sistemice.
C.I. — Tuberculoză cutanată, dermatoze sifilitice, varicelă, vaccină, *herpes simplex*.

Unguent cu hidrocortizon acetat

P. — *Unguent* conținînd hidrocortizon acetat 1 g, colesterol 3,5 g, lanolină anhidră 8 g, vaselină albă 86,5 g, apă distilată 1 g (tub cu 20 g).
Ac. — Antiinflamator, antialergic, antipruriginos local.
Ind. — Dermatite și eczeme alergice și de contact, prurit nespecific (anal, vulvar, scrotal).
Ad. — În aplicații locale pe piele, de 1—2 ori/zi.
Ef.N. — Favorizează dezvoltarea infecțiilor microbiene și fungice; aplicarea de cantități mari pe suprafețe întinse de piele denudată poate fi cauză de efecte cortizonice sistemice.
C.I. — Tuberculoză cutanată, dermatoze sifilitice, varicelă, vaccină, *herpes simplex*.

Unguent cu pilocarpină nitrică

P. — *Unguent* oftalmic conținînd pilocarpină nitrică 2 g, lanolină anhidră 17 g, vaselină albă 65g, apă distilată 16 g (tub cu 6 g).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Mioză, scăderea presiunii umorii apoase (prin acțiune de tip parasimpatomimetic); efectul este de durată relativ scurtă.

Ind. — Glaucom; irite (alternativ cu midriatice, pentru a rupe aderențele între iris și cristalin); pentru combaterea efectelor nedorite ale atropinei asupra ochiului.

Ad. — În sacul conjunctival, de 3—5 ori/zi.

Ef.N. — Spasm de acomodație cu slăbirea vederii de departe; presiunea intraoculară poate prezenta inițial o ușoară creștere trecătoare. Foarte rar reacții alergice la nivelul pleoapelor (se întrerupe medicația).

Unguent cu tetraciclină

P. — *Unguent* conținînd tetraciclină hcl. 3 g, colesterol 4 g, lanolină anhidră 8 g, ulei de vaselină 57 g, parafină 28 g (tub cu 6 g).

Ac. — Unguent antibiotic cu spectru larg, cuprinzînd bacterii patogene Gram-pozitive și negative.

Ind. — Piodermite, plăgi și arsuri infectate, otită externă etc.

Ad. — Aplicații locale de 1—2 ori/zi.

Ef.N. — Pe suprafețe denudate poate provoca ușoară senzație de arsură; rareori reacții alergice.

C.I. — Dermatoze zemuinde; alergie la tetracicline.

Unguent cu triamcinolon acetonid

P. — *Cremă* conținînd triamcinolon acetonid 0,1% (tub cu 12 g).

Ac., Ind., Ad., Ef.N. și C.I — Aceleași ca pentru Locacorten.

Scanned with OKEN Scanner

Unguent cu triamcinolon acetonid și saprosan

P. — *Cremă* conținînd triamcinolon acetonid 0,1% și clorchinaldol 3% (tub cu 15 g).
Ac., Ind., Ad., Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru Locacorten vioform.

Unguent de protecție hidrofob

P. — *Unguent* conținînd ulei de siliconă M-300 20 g, ceară galbenă 35 g, ulei de floarea soarelui 35 g, acid undecilenic 5 g, lanolină anhidră 5 g (borcane cu 400 g).
Ac. — Formează o peliculă de siliconă și grăsimi, care protejează pielea față de apă; are proprietăți antimicotice prin acidul undecilenic.
Ind. — Pentru protejarea pielii, la muncitorii care lucrează cu apă neutră sau alcalină (în special în industria textilă).

Unguent oftalmic cu kanamicină

P. — *Unguent oftalmic* conținînd kanamicină sulfat 1% (tub cu 6 g).
Ac. — Preparat oftalmologic, bactericid, conținînd un antibiotic cu spectru larg, care interesează majoritatea bacteriilor Gram-pozitive și Gram-negative.
Ind. — Curativ în blefarite, conjunctivite, ulcere corneene infectate și alte infecții microbiene ale ochiului; pentru profilaxia infecției în arsuri și plăgi oculare, înainte și după intervențiile oftalmochirurgicale, în cursul tratamentului cortizonic.
Ad. — Local, în sacul conjunctival, la fiecare 3—4 ore și la culcare; la nevoie sub pansament ocular, de 1—2 ori/zi.
C.I. — Reacții alergice locale.

Scanned with OKEN Scanner

Unguent oftalmic cu kanamicină şi hidrocortizon

P. — *Unguent oftalmic* conţinînd hidrocortizon 1 g şi kanamicină sulfat 0,5 g/100 g (tub cu 6 g).
Ac. — Hidrocortizonul are acţiune antiinflamatorie, care se traduce, în afecţiunile inflamatorii ale ochiului, prin calmarea durerii şi fotofobiei, diminuarea hiperemiei, infiltraţiei celulare, vascularizării şi proliferării fibroblastice; kanamicina are acţiune bactericidă cu spectru larg.
Ind. — Afecţiuni inflamatorii ale ochiului — keratită prin acnee rozacee, conjunctivită alergică, keratită traumatică, keratoconjunctivită flictenulară, keratită superficială nespecifică, sclerokeratită, episclerită — atunci cînd sînt complicate de infecţii cu germeni sensibili la kanamicină.
Ad. — Aplicaţii locale, în sacul conjunctival, iniţial la intervale de 1—2 ore, apoi de 3—4 ori/zi.
Ef.N. — Alergie sau intoleranţă locală; suprainfecţii fungice (după 2—3 săptămîni de tratament); aplicarea prelungită a preparatului cortizonic poate provoca cataractă subcapsulară posterioară, creşterea presiunii intraoculare, perforaţii ale corneei (în cursul tratamentului zonei *zoster* oftalmice), perforaţie scleralâ.
C.I. — Infecţii oculare tuberculoase, micotice sau infecţii purulente acute, infecţii virotice ale corneei şi conjunctivei — keratită herpetică, vaccină, varicelă; alergie sau intoleranţă la una din componentele unguentului.

Unguent oftalmic cu oxid galben de mercur

P. — *Unguent* conţinînd oxid galben de mercur 2% (tub cu 6 g).
Ac. şi Ind. — Antiseptic util în blefarite şi conjunctivite.
Ad. — In aplicaţii locale.
C.I. — Nu se asociază cu iodurile administrate pe cale generală.

Scanned with OKEN Scanner

Unguent oftalmic cu triamcinolon şi neomicină

P. — *Unguent oftalmic* conţinînd triamcinolon acetonic 0,1 g şi neomicină sulfat 1 g/100 g (tub cu 6 g).
Ac. — Triamcinolona acetonid (un derivat cortizonic activ local) are acţiune antiinflamatorie, care se traduce — în afecţiunile inflamatorii ale ochiului — prin calmarea durerii şi fotofobiei, diminuarea hiperemiei, infiltraţiei celulare, vascularizării şi proliferării fibroblastice; neomicina are actiune bactericidă cu spectru larg.
Ind., Ad., Ef.N. şi C.I. — Aceleaşi ca pentru unguent oftalmic cu kanamicină şi hidrocortizon.

Vaselină pură

P. — Vaselină albă (tub cu 17,5 g).
Ac. şi Ind. — Emolient şi protector al pielii, lubrefiant.
C.I. — Dermatoze zemuinde.

Vasoperif (carbachol[I], doril, lentin)

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd carbacol clorură 0,25 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Stimulant al musculaturii netede intestinale şi al vezicii urinare, vasodilatator, deprimant miocardic prin acţiune parasimpatomimetică.
Ind. — Distensie abdominală postoperatorie, retenţie urinară postoperatorie şi *post partum;* boli vasculospastice periferice.
Ad. — Subcutanat 1—2 fiole/zi (nu se injectează intramuscular sau intravenos).
Ef. N. — Sudoraţie, greaţă, slăbiciune, mai rar colici intestinale, diaree, congestia feţei, cefalee, dispnee. În caz de reacţii colinergice excesive se injectează atropină.

Scanned with OKEN Scanner

C.I. — Ulcer gastroduodenal, hipotensiune arterială, bradicardie, insuficienţă cardiacă, astm bronşic, afecţiuni spastice ale musculaturii digestive, ileus mecanic, adenom de prostată, epilepsie, parkinsonism, sarcină.

Venostat (reptilase)

P. — *Fiole* a 1 ml conţinînd hemocoagulază (enzimă hemostatică izolată din veninul de viperă) 1 u. Klobusitzki (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Hemostatic prin acţiune de tip trombinic.
Ind. — Profilaxia şi tratamentul hemoragiilor diverse.
Ad. — Subcutanat sau intravenos 1 fiolă.
C.I. — Boli tromboembolice.

Vermigal (pyrvinium pamoat, vanquin)

P. — *Suspensie* conţinînd pamoat de pirviniu 250 mg/25 ml (flac. cu 25 ml).
Ac. şi Ind. — Antihelmintic activ faţă de oxiuri.
Ad. — Oral, în doză unică de 5 mg/kg, cel mult 250 mg (o linguriţă conţine circa 50 mg); se repetă după 2—4 săptămîni.
Ef.N. — Uneori iritaţie gastrointestinală cu greaţă, vomă, diaree, dureri abdominale; pătează în roşu.
C.I. — Prudenţă la renali şi hepatici.

Vibramicin (doxycycline[I])

P. — *Capsule* conţinînd doxiciclină 100 mg (cutie cu 5 sau 25 buc.).
Ac. — Aceleaşi ca pentru tetraciclină, dar efectul este durabil — se menţine 24 ore; concentraţia urinară este mică.

Scanned with OKEN Scanner

Ind. — Aceleaşi ca pentru tetraciclină; este utilă în infecţiile cu germenii sensibili: infecţii respiratorii şi O.R.L., infecţii ale pielii şi ţesutului subcutanat, infecţii digestive (salmoneloză, dizenterie bacilară, febră tifoidă, amebiază intestinală etc.) şi ale căilor biliare, peritonită, infecţii obstetricale şi ginecologice, limfogranulomatoză venerianã, osteomielită, tromboflebită, infecţii oftalmice.
Ad. — *Adulţi:* iniţial 200 mg, apoi 100 mg/zi, într-o singură priză (în infecţiile severe 200 mg/zi); *copii* (sub 50 kg): iniţial 4 mg/kg şi zi, apoi 2 mg/kg şi zi (în infecţiile severe 4 mg/kg şi zi).
Ef.N şi C.I. — Aceleaşi ca pentru tetraciclină.

Vin tonic

P. — *Soluţie* pentru uz intern conţinînd sulfat de mangan 0,45 g, fosfat de sodiu 1,2 g, arseniat de sodiu 0,018 g, tinctură de genţiana 0,5 g, stricnină sulf, 0,0012 g, vin zaharat la 100 g (flac. cu 200 ml).
Ac. — Tonic general, stimulant al apetitului.
Ind. — Debilitate fizică, stări de oboseală, convalescenţă, anorexie.
Ad. — *Adulţi:* 1—2 linguri înaintea meselor principale; *copii* (peste 7 ani): 1—2 linguriţe înaintea meselor principale.
C.I. — Gastrită hiperacidă, ulcer gastroduodenal.

Viplex

P. — *Drajeuri* conţinînd vitamină A 2 000 u.i., ergocalciferol 250 u.i., tiamină 5 mg, riboflavină 1,2 mg, piridoxină 1,6 mg, vitamină PP 3 mg, acid ascorbic 50 mg, vitamină E 3 mg, vitamină P 5 mg, lecitină 15 mg, sulfat de fier 30 mg (flac. cu 30 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Asociaţie polivitaminică echilibrată conţinînd vitamine hidrosolubile şi liposolubile, lecitină şi fier; funcţii complexe în metabolism.
Ind. — Aceleaşi ca pentru polivitamine, faţă de care dozele sînt ceva mai mari şi spectrul de acţiune mai larg.
Ad. — 2—4 drajeuri/zi.

Vitamina A (arovit, vogan)

P. — *Drajeuri* conţinînd vitamină A acetat 10 000 u.i. (cutie cu 50 buc.); *fiole* a 1 ml soluţie uleioasă injectabilă conţinînd vitamină A acetat 300 000 u.i. (cutie cu 10 buc.); *soluţie* uleioasă pentru uz intern conţinînd vitamină A acetat 30 000 u.i./ml (flac. cu 5 ml).
Ac. — Vitamină liposolubilă, contribuie la menţinerea structurii şi funcţiei normale a epiteliilor, intră în constituţia pigmenţilor fotosensibli din retină; corectează hemeralopia, xeroftalmia, hiperplazia şi hiperkeratoza epiteliilor, care apar în carenţa specifică.
Ind. — Carenţe specifice, stări de hipo- sau avitaminoză în steatoree, obstrucţie biliară, la copilul mic, în sarcină, în perioada de alăptare; unele boli de piele: *ihtioză*, *pitiriazis rubra pilaris*, psoriazis etc.; afecţiuni cronice cu modificări structurale şi funcţionale ale unor epitelii: ozenă, bronşită cronică, stomatite, glosite, gastrită atrofică, litiază renală, prurit vulvar şi anal; nictalopie, hemeralopie.
Ad. — *Adulţi:* oral 30 000—100 000 u.i./zi (doza mare în cazurile grave), la nevoie intramuscular 300 000 u.i. de 1—2 ori/săptămînă; *copii:* oral 2 000—50 000 u.i./zi (după vîrstă şi caz).
Ef.N. — Tratamentul prelungit cu doze excesive (100 000 u.i. sau mai mult, zilnic) provoacă anorexie, pierdere în greutate, cefalee, iritabilitate, uscarea pielii şi prurit, rărirea părului, hepatomegalie, periostită (tumefacţia dureroasă a oaselor lungi) şi osteoporoză.

Scanned with OKEN Scanner

Vitamina A + D_2

P.— *Drajeuri* conţinînd vitamină A_1 3 000 u.i. şi ergocalciferol 1 000 u.i. (cutie cu 50 buc.); *fiole* a 3 ml soluţie buvabilă conţinînd vitamină A_1 350 000 u.i. şi ergocalciferol 300 000 u.i. (cutie cu 1 buc.); *soluţie* uleioasă pentru uz intern conţinînd vitamină A_1 30 000 u.i. şi ergocalciferol 15 000 u.i./ml/30 picături (flac. cu 50 ml).

Ac.— Favorizează absorbţia intestinală şi depunerea calciului în oase; acţiune trofică asupra epiteliilor.

Ind.— Profilaxia şi tratamentul rahitismului, profilaxia hipovitaminozei specifice în sarcină şi în perioada de alăptare; osteomalacie, osteoporoză, spasmofilie.

Ad.— *Adulţi:* 4 — 8 drajeuri/zi, 20 — 30 picături/zi, 1 fiolă buvabilă o dată la 10 zile; *copii:* 1—20 picături/zi, după vîrstă, sau la copii peste 2 ani, 1 fiolă buvabilă la 1—2 luni.

Ef.N.— Dozele excesive pot provoca fenomene de hipervitaminoză A şi D.

Vitamina A palmitat hidrosolubilă

P.— *Fiole* a 2 ml dispersie apoasă injectabilă conţinînd vitamina A palmitat 40 000 u.i. (cutie cu 5 buc.); *dispersie* apoasă pentru uz intern conţinînd vitamina A palmitat 20 000 u.i./ml (flac. cu 5 ml); *capsule* gelatinoase conţinînd vitamină A palmitat 50 000 u.i. (flac. cu 25 buc.).

Ac., Ind., Ef.N. şi C.I.— Aceleaşi ca pentru vitamina A, este absorbită şi utilizată mai repede.

Ad.— Oral sau intramuscular 25 000—100 000 u.i./zi.

Scanned with OKEN Scanner

Vitamina B_1 (thiamin[I], betaxin)

P. — *Comprimate* conținînd tiamină hcl. 10 mg (cutie cu 40 buc.); *fiole* a 1 ml soluție apoasă conținînd tiamină hcl. 10 mg sau 25 mg și *fiole* a 2 ml soluție apoasă conținînd tiamină hcl. 100 mg (cutie cu 3 sau 5 buc.).
Ac. — Factor vitaminic cu funcție de cocarboxilază, indispensabil pentru metabolismul glucidic normal.
Ind. — Beri-beri; stări de hipovitaminoză în febră prelungită, boli epuizante, hipertiroidism; tratament adjuvant în diabetul zaharat, nevrite și polinevrite, nevralgii, zona, migrene, hepatite, algii reumatismale, alcoolism cronic.
Ad. — Oral, 3—4 comprimate/zi, subcutanat sau intramuscular 10 mg zilnic (doze mai mari în nevrite, diabet, boli reumatismale).
Ef.N. — Foarte rar injectarea, mai ales intravenos, poate fi urmată de reacții sistemice grave, chiar mortale — șoc tiaminic (calea parenterală trebuie rezervată cazurilor de malabsorbție intestinală sau de fenomene carențiale grave). Dozele mari pot interfera acțiunea altor vitamine din complexul B, cu fenomene carențiale consecutive (la denutriți).
C.I. — Intoleranță la tiamină. Vitamina B_1 în soluție este incompatibilă cu riboflavina (vitamina B_2) și benzilpenicilina.

Vitamina B_2 (riboflavin[I], lactoflavin)

P. — *Fiole* a 1 ml sau 2 ml soluție apoasă conținînd riboflavină 5 mg, respectiv 10 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Factor vitaminic cu funcție de sistem oxidoreductor.
Ind. — Carențe specifice și carențe polivitaminice ale complexului B; tulburări de creștere (mai ales la sugari).

Scanned with OKEN Scanner

steatoree, anemie, crampe musculare, hemeralopie, keratită, conjunctivită, seboree, prurigo, acnee rozacee, cheilită.
Ad. — Injecţii intramusculare, 5—10 mg/zi.

Vitamina B_6 (pyridoxiniumchlorid[I], becilan, benadon)

P. — *Comprimate* conţinînd piridoxină hcl. 250 mg (flac. cu 20 buc.); *fiole* a 2 ml sau 5 ml soluţie apoasă conţinînd piridoxină hcl. 50 mg respectiv 250 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Factor vitaminic cu funcţie de coenzimă în metabolismul aminoacizilor.
Ind. — Afecţiuni carenţiale (convulsii la copii, anemie la adulţi), pelagră (în asociaţie cu alte vitamine din complexul B); vomă, nevrite şi polinevrite toxice, tremor idiopatic, alcoolism acut şi cronic, miopatii, epuizare musculară, dermatoză seboreică, acnee, stomatită angulară, cheilită aftoasă, parodontoză, ateroscleroză, diabet, oligofrenie (ca medicaţie adjuvantă).
Ad. — Oral 1 comprimat de 2—4 ori/zi, intramuscular sau intravenos 1 fiolă de 50 sau 250 mg zilnic sau la 2 zile.

Vitamina B_{12} (cyanocobalamin[I])

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd cianocobalamină 50 mcg sau 1 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Antianemic, corectează specific tulburările din anemia pernicioasă şi alte forme de anemie megaloblastică; trofic pentru sistemul nervos, ficat, miocard, trofic general prin acţiuni metabolice complexe.
Ind.—Anemie pernicioasă şi alte forme de anemie megaloblastică prin deficit de cianocobalamină; nevrite, ambliopie tabagică şi alte boli neurologice; hepatite cronice şi ciroze; tratamentul bătrîneţii.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — Intramuscular, în anemia pernicioasă 50—100 mcg zilnic în prima săptămînă, o dată la 2 zile în a 2—a săptămînă, o dată pe săptămînă în următoarele 4 săptămîni, apoi o dată pe lună (ca tratament de întreținere); 1 mg/zi în nevrite, hepatită cronică etc.
Ef.N. și C.I. — Rareori reacții alergice; indicarea nejudicioasă poate întîrzia diagnosticul și instituirea tratamentului corect al anemiei pernicioase, respectiv permite instalarea leziunilor degenerative ireversibile ale măduvei spinării.

Vitamina C (acidum ascorbicum[I], cantan, cebion)

P. — *Comprimate* conținînd acid ascorbic 50 mg sau 200 mg (flac. cu 40, respectiv 20 buc.); comprimate efervescente conținînd acid ascorbic 500 mg (tub cu 20 buc.); *fiole* a 2 ml sau 5 ml soluție apoasă, conținînd acid ascorbic 200 mg, respectiv 500 mg (cutie cu 10, respectiv 5 buc.).
Ac. — Factor vitaminic cu rol în biogeneza substanței intercelulare; grăbește vindecarea plăgilor, favorizează depunerea calciului în oase și vindecarea fracturilor, crește rezistența capilarelor, mărește rezistența la infecții; intervine în procesele metabolice de oxidoreducere, participă la metabolismul glucidelor, proteinelor și grăsimilor.
Ind. — Profilaxia și tratamentul scorbutului și altor forme de avitaminoză sau hipovitaminoză C: boli grave, stări febrile prelungite, infecții, intervenții chirurgicale; plăgi atone, parodontoză, gingivite, stomatite, osteoporoză, fracturi, hemoragii prin fragilitate capilară, anumite forme de anemie (în asociație cu fierul sau cu acidul folic); methemoglobinemie; surmenaj, efort fizic prelungit, astenie de primăvară.
Ad. — Oral, intramuscular sau intravenos 50—600 mg/zi.
C.I. — Litiaza oxalică (tratamente prelungite cu doze mari).

Scanned with OKEN Scanner

Vitamina D_2 (ergocalciferol I, sterogyl)

P. — *Fiole* a 1 ml soluție uleioasă injectabilă conținînd ergocalciferol 400 000 u.i. sau 600 000 u.i.; *fiole* a 3 ml soluție uleioasă buvabilă conținînd ergocalciferol 600 000 u.i.; *soluție* uleioasă pentru uz intern conținînd ergocalciferol 15 000 u.i./ml (flac. cu 10 ml).

Ac. — Vitamină liposolubilă, favorizează absorbția intestinală a calciului și fosfaților minerali, ușurează formarea și depunerea în oase a fosfatului de calciu, diminuează eliminarea urinară a fosfaților.

Ind. — Rahitism, osteomalacie, unele cazuri de tetanie, carii dentare; pentru profilaxia hipovitaminozei la copii mici, în timpul sarcinii, lactației, în caz de diaree, steatoree și obstrucție biliară; hipoparatiroidism, *lupus vulgaris*.

Ad. — Oral sau intramuscular după situație; în rahitism pentru profilaxie 500—800 u.i./zi, pentru tratament curativ 5 000—50 000 u.i./zi, ca tratament de atac 400 000—600 000 u.i. o dată; în hipoparatiroidism 50 000—200 000 u.i./zi. Dozarea trebuie individualizată sub controlul calciului sanguin (9—10 mg/100 ml) și urinar.

Ef.N. — Tratamentul prelungit cu doze mari (100 000—200 000 u.i./zi) poate provoca fenomene de hipervitaminoză: oboseală, anorexie, greață, vomă, diaree, poliurie, sudorație, sete, slăbiciune, pierdere în greutate, decalcifierea oaselor, hipercalcemie, depunere de calciu în diferite țesuturi, calculoză renală.

C.I. — Litiază renală, ateroscleroză; prudență în insuficiența renală.

Scanned with OKEN Scanner

Vitamina D_3 hidrosolubilă

P. — *Fiole* a 2 ml soluție apoasă injectabilă conținînd colecalciferol 600 000 u.i. (cutie cu 5 buc.).
Ac., Ind., Ef.N. și C.I. — Aceleași ca pentru vitamina D_2. Absorbită și utilizată mai repede, este de ales ca tratament de atac.
Ad. — Intramuscular 200 000 u.i. la 6 săptămîni pentru profilaxie, 600 000 u.i. o dată la 2—3 zile pentru tratament curativ; a nu se depăși 1 800 000 u.i. (3 fiole). Dozarea trebuie individualizată, de preferință sub controlul calciului sanguin (9—10 mg/100 ml) și urinar.

Vitamina E

P. — *Drajeuri* conținînd α-tocoferol acetat 30 mg (flac. cu 30 buc.); *capsule* gelatinoase conținînd α-tocoferol acetat 30 mg și 100 mg (flac. cu 30, respectiv 25 buc.); *fiole* a 1 ml soluție uleioasă conținînd α-tocoferol acetat 10 mg, 30 mg sau 300 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Factor vitaminic trofic pentru aparatul genital, musculatura striată și țesutul nervos; are proprietăți antioxidante.
Ind. — Avort, sterilitate, tulburări funcționale și trofice de menopauză, distrofii musculare, boala Dupuytren, unele anemii la copii; angină de piept, tromboflebite, ulcere varicoase (ca medicație adjuvantă).
Ad. — Oral, 1—2 drajeuri de 2—4 ori/zi; intramuscular 1 fiolă/zi.

Vitamina F

P. — *Capsule* conținînd concentrat de esteri etilici ai acizilor grași nesaturați esențiali 270 mg (cutie cu 50 buc.); *soluție* pentru uz intern conținînd concentrat de esteri etilici ai acizilor grași nesaturați esențiali (flac. cu 10 ml).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Vitamină cu acţiune trofică pentru piele; antiaterogen, factor lipotrop.
Ind. — Eczeme, seboree, ulceraţii atone ale pielii; ateroscleroză, hepatite cronice sau ciroze cu infiltraţie sau degenerescenţă grasă.
Ad. — *Adulţi:* 2 capsule de 2—3 ori/zi; *copii:* 1—20 picături/zi (după vîrstă).

Vitamina K_3 (menadion, natrium-bisulfit[I], syncavit, mephyton)

P. — *Fiole* a 1 ml soluţie apoasă conţinînd menadionă natriubisulfit 10 mg (cutie cu 5 buc.).
Ac. — Vitamină K de sinteză, acţionează antihemoragic prin favorizarea formării hepatice de protrombină.
Ind. — Stări hemoragice prin hipoprotrombinemie în obstrucţia biliară sau fistula biliară, hepatită (eficacitate slabă), sprue, enterită regională, colită ulceroasă, rezecţie intestinală întinsă, la nou-născut, medicamentoase — prin salicilaţi, antibiotice cu spectru larg administrate oral, anticoagulante cumarinice (în ultimul caz este de preferat fitomenadiona).
Ad. — Intramuscular, 1—3 fiole.
Ef.N. şi C.I. — La nou-născuţi, mai ales prematuri, dozele mai mari de 1 mg pot provoca hemoliză şi hiperbilirubinemie, favorizînd icterul nuclear.

Vitamina PP (nicotinamid[I])

P. — *Comprimate* conţinînd acid nicotinic 100 mg (flac. cu 40 buc.); *fiole* a 1 ml sau 2 ml soluţie apoasă conţinînd acid nicotinic 30 mg, respectiv 100 mg (cutie cu 5, respectiv 10 buc.).
Ac. — Vitamină antipelagroasă (prin biotransformare în nicotinamidă), intră în compoziţia coenzimelor care

Scanned with OKEN Scanner

intervin în procesele de oxidoreducere celulară, importante mai ales pentru metabolismul glucidic; vasodilatator; antiaterogen.

Ind. — Pelagră; angină de piept, afecțiuni vasculospastice periferice, sindrom Ménière, unele forme de migrenă, degerături; ateroscleroză.

Ad. — Oral, cîte 1—2 comprimate după mese (mai mult ca antiaterogen); intramuscular sau intravenos, foarte lent, cîte o fiolă de 30 sau 100 mg.

Ef.N. — Dozele terapeutice provoacă uneori congestia feței, senzație de căldură și de cap plin; injectarea intravenoasă rapidă poate fi cauză de colaps; dozele mari pot produce congestia și uscăciunea pielii; urticarie, prurit, nervozitate, anorexie, greață și vomă, diaree, colici abdominale, activarea ulcerului, ambliopie, icter, diabet, hiperuricemie. Potențează substanțele hipotensive și derivații de fenotiazină, activează plasmina.

C.I. — Boală ulceroasă, diabet sever, boli hepatice, sindroame hemoragice, ateroscleroză cerebrală avansată, hipotensiune arterială.

Xilină (lidocain[I], lignocaine, xylocain)

P. — *Fiole* a 10 ml sau 20 ml soluție apoasă 0,5% (cutii cu 100, respectiv 50 buc.), *fiole* a 2 ml soluție apoasă 2% și 5% lidocaină hcl. (cutie cu 10 sau 100 buc.).

Ac. — Anestezic local injectabil și de contact, cu acțiune rapidă și relativ durabilă; antiaritmic cardiac (preparate injectabile intravenos), liniștește focarele de automatism ectopic fără să deprime conducerea atrioventriculară.

Ind. — Pentru anestezie prin infiltrații, anestezie tronculară, rahianestezie și anestezia mucoaselor, în chirurgie și stomatologie; de ales la cei cu intoleranță sau alergie la procaină.

Scanned with OKEN Scanner

Ad. — Soluție 0,5% pentru infiltrații, 1—2% pentru blocarea trunchiurilor nervoase, 2—4% pentru anestezie de contact, 5% pentru rahianestezie; doza maximă permisă pentru o dată este de 200 mg la *adulți* și 4 mg/kg la *copii*.
Ef.N. — Uneori somnolență; reacțiile alergice sînt rare. La cei cu intoleranță sau în caz de supradozare (soluțiile concentrate sînt îndeosebi toxice) provoacă paloare, greață și vomă, hipotensiune, deprimarea respirației, tresăriri musculare.
C.I. — Alergie sau intoleranță la lidocaină; prudență în asocierea cu deprimante centrale și deprimante ale circulației.

Xilină cu adrenalină

P. — *Fiole* a 2 ml soluție apoasă conținînd lidocaină 2% și adrenalină 3/100 000 (cutie cu 10 buc.).
Ac. — Acțiunea anestezică locală a lidocainei este prelungită datorită vasoconstricției adrenalinice.
Ind. — Pentru anestezie în intervenții stomatologice și de mică chirurgie.
Ad. — Injectabil în infiltrații sau perineural, o fiolă o dată.
Ef.N. — Reacții alergice sau de intoleranță la lidocaină; efecte nedorite ale adrenalinei: anxietate, paloare, tremor, palpitații, ischemie locală (nu se fac infiltrații la nivelul degetelor).
C.I. — Alergie sau intoleranță la lidocaină; se va evita sau prudență la cardiaci, coronarieni, hipertensivi.

Zahăr invertit (sucroză, zaharoză)

P. — *Fiole* a 10 ml soluție apoasă de zahăr invertit (amestec echimolecular de d-glucoză și d-fructoză) 20%, 33% sau 40% (cutie cu 10 sau 100 buc.).

Scanned with OKEN Scanner

Ac. — Aport de glucide; soluțiile hipertone sînt deshidratante și diuretice.
Ind. — Stări de denutriție, hipoglicemie; afecțiuni hepatice, boli infecțioase, intoxicații; soluțiile hipertone sînt utile în hipertensiunea intracraniană, ictus, glaucom, edeme cirotice.
Ad. — Intravenos, în injecții sau perfuzii, 100—300 ml (sau mai mult).
Ef.N. — Perfuzia intravenoasă cu doze mari poate provoca congestia feței, epigastralgie, sudorație; în caz de intoleranță pot surveni reacții hipoglicemice, urmate de leziuni renale și hepatice. Soluțiile concentrate injectate rapid sînt uneori cauză de tromboflebită; injecțiile repetate provoacă sclerozarea venei.
C.I. — Diabet zaharat, intoleranță; stări de deshidratare (soluțiile concentrate).

Zaharină (saccharimidum)

P. — *Comprimate* conținînd zaharină 25 mg (flac. cu 100 buc.).
Ac. și Ind. — Înlocuitor al zahărului fără valoare nutritivă, util în diabet.
Ef.N. — Rareori fotosensibilizare.

Scanned with OKEN Scanner

B. Medicamente românești

— grupe terapeutice —

I. Medicația aparatului circulator

1. *Tonicardiace:* castrozid, deslanozid, digitalină, digitalis, digoxin, lanatozid C, nidacil, strofantină. 2. *Antianginoase:* agozol, nitroglicerină, nitroglicerină retard, persantin, propranolol, spasmocromonă. 3. *Antihipotensive:* efedrină, norartrinal. 4. *Antihipertensive:* guanetidin, hipazin, hipopresol, hiposerpil. 5. *Vasodilatatoare:* epaminon, tolazolin. 6. *Sclerozante ale venelor:* moruat de sodiu.

II. Medicația sîngelui

1. *Antianemice:* acid folic, fier polimaltozat, glubifer, neoanemovit, neohepar, rovitrat. 2. *Antihemoragice:* acid epsilonaminocaproic, adrenostazin, bureți de fibrină, fibrinogen uman, fitomenadionă, pudră de fibrină, trombină umană, trombină uscată sterilă, venostat, vitamină K_3. 3. *Anticoagulante:* heparină, lasonil, trombostop. 4. *Substituenți de plasmă:* albumină umană, dextran 40, dextran 70, marisang.

Scanned with OKEN Scanner

III. Medicaţia aparatului respirator

1. *Antitusive:* calmotusin, codenal, codenal cu acţiune prelungită, tusan, tusomag. 2. *Expectorante:* inhalant, sirogal, sirogal cu efedrină, sirop de pătlagină, sirop expectorant, tablete contra tusei pentru copii, tablete expectorante. 3. *Antiastmatice:* adrenalină, asmofug, asmofug cu efedrină, bronhodilatin, dispezin, miofilin, teoglucin.

IV. Medicaţia aparatului digestiv

1. *Antiacide gastrice, adsorbante şi protectoare:* bicarbonat de sodiu C, calmogastrin, carbo medicinalis, dicarbocalm, gastrisan, gastrosedol, peromag, trisilicalm, ulcerotrat, ulcomplex. 2. *Substituenţi ai secreţiilor digestive:* acidopeps, triferment. 3. *Coleretice, colecistokinetice:* anghirol, boldocolin, carbicol, colebil, fiobilin, peptocolin. 4. *Antivomitive:* emetiral. 5. *Laxative:* carbocif, ciocolax, cortelax, fenisan, galcorin, laxatin, lichior purgativ, purgofen, sintolax, supozitoare cu glicerină. 6. *Stimulante ale musculaturii netede gastrointestinale şi vezicale:* miostin, vasoperif. 7. *Antispastice:* fobenal, foladon, lizadon, papaverină, scobutil, scobutil compus, sulfat de atropină. 8. *Antihemoroidale:* hemorsal, hemorzon.

V. Medicaţia aparatului renal şi a uterului

1. *Diuretice:* diurocard, ederen, furosemid, nefrix, spironolactonă. 2. *Antilitiazice:* gotalitin, renogal. 3. *Ocitocice:* ergomet, oxitocină S, sulfat de sparteină.

Scanned with OKEN Scanner

VI. Medicaţia O.R.L. şi oftalmologică

1. *Medicaţia O.R.L.:* boramid, codecam, dequalinium, faringosept, fedrocaină, gargarism, mentorin, rinofug, sansurdal. 2. *Medicaţia oftalmologică:* colir cu sulfacetamidă, extract total de ochi, heligal, unguent cu pilocarpină nitrică, unguent oftalmic cu kanamicină, unguent oftalmic cu kanamicină şi hidrocortizon, unguent oftalmic cu oxid galben de mercur, unguent galben cu triamcinolon şi neomicină.

VII. Dermatologice şi alte preparate pentru uz local

1. *Preparate antimicrobiene şi antifungice pentru uz local:* buclosamid, buclosamid P, decaderm, metosept, negamicin B unguent, nidoflor, unguent cu tetraciclină. 2. *Preparate cortizonice pentru uz local:* bioxiteracor, fluocinolon, fluocinolon N, locacorten, locacorten tar, locacorten vioform, neopreol, tumison, ultralan, unguent cu hidrocortizon acetat, unguent cu triamcinolon acetonid, unguent cu triamcinolon acetonid şi saprosan. 3. *Keratolitice şi reducătoare:* cutaden, clavusin, bentoderm, bentogel, burovin, galifix, jecolan, jecozinc, lavoderm D, pancol, protectoderm L, romazulan, siloderm, unguent de protecţie hidrofob, vaselină parfumată, vaselină pură. 5. *Revulsive:* carmol, fricţie Galenica.

VIII. Tonice şi trofice tisulare

1. *Tonice şi trofice generale:* aslavital, folcisteină U, gerovital H_3, hecogen, lecitină, tonic, vin tonic. 2. *Trofice, protectoare şi antitoxice în boli hepatice:* arginină-sorbitol, aspatofort, colisan, mecopar forte, metaspar,

Scanned with OKEN Scanner

multiglutin, tonozit. 3. *Alte trofice cu tropism specific:* bipoliv, concaden, crelizin, fosfobion, glicocol, glutarom, nămol terapeutic de turbă, pelox, pudră de hematii, romavit.

IX. Antiaterogene, anabolizante, anorexigene, antigutoase, enzime şi antienzime

1. *Antiaterogene:* asclerol, clofibrat, iozinol, odinart, soiodin. 2. *Anabolizante:* clortestosteron acetat, madiol, naposim. 3. *Anorexigene:* gastrofibran, silutin. 4. *Antigutoase:* probenecid. 5. *Enzime şi antienzime:* alfachimotripsină, trasylol, tripsină cristalizată.

X. Apă, săruri, preparate de calciu, glucide şi edulcorante

1. *Apă şi săruri:* apă distilată, clorură de sodiu, lactat de potasiu, lactat de sodiu, sare fără sodiu, ser fiziologic. 2. *Preparate de calciu:* calciu 200, calciu granulat, cedecalcin, clorocalcin, clorură de calciu, gluconat de calciu, gluconat de calciu cu vitamina D, lactat de calciu, lactat de calciu dietetic, remineron. 3. *Soluţii glucidice:* fructoză, glucoză, zahăr invertit. 4. *Edulcorante:* ciclamat de sodiu, zaharină.

XI. Vitamine

Cavit 9, complex B, electovit, pantotenat de calciu, polivitamine, polivitamine — comprimate efervescente, riboflavin fosfat, rutozid, tarosin, viplex, vitamina A, vitamina A+D_2, vitamina A palmitat hidrosolubilă, vitamina B_2, vitamina B_6, vitamina C, vitamina D_2, vitamina D_3 hidrosolubilă, vitamina E, vitamina F, vitamina PP.

Scanned with OKEN Scanner

XII. Hormoni sexuali

1. *Estrogeni:* dietilstilbestrol, estradiol, estrolent, etinilestradiol, ginosedol B, ovestrol, sintofolin. 2. *Progestative:* acetoxiprogesteronă, medroxiprogesteron, progesteron. 3. *Androgeni:* metiltestosteron, testolent, testosteron. 4. *Asociații de hormoni sexuali:* estrotest, lutestan. 5. *Gonadotrofine:* gonacor.

XIII. Glucocorticoizi, gonadotrofine, mineralcorticoizi

1. *Glucocorticoizi:* cortizon acetat, hidrocortizon, hidrocortizon hemisuccinat, prednison, supercortisol, superprednol. 2. *Preparate gonadotrofinice:* ACTH, ACTH retard. 3. *Mineralcorticoizi:* mincortid.

XIV. Preparate antidiabetice, tiroidiene și antitiroidiene, alte medicamente hormonale

1. *Insuline și antidiabetice de sinteză:* cicloral, insulină, insulină P, izofan-zinc-insulină, meguan, tolbutamid. 2. *Preparate tiroidiene și antitiroidiene:* iodură de potasiu, metiltiouracil, tiroidă, tiroton. 3. *Alte medicamente hormonale:* epifizan, retrohipofiză, timus.

XV. Antihistaminice-antialergice, preparate imunologice

1. *Antihistaminice și antialergice:* feniramin, feniramin R, nilfan, romergan, tiosulfat de sodiu. 2. *Preparate imunologice:* gammaglobulină, imunoglobulină specifică anti-Rho (D), imunoglobuline umane specifice.

Scanned with OKEN Scanner

XVI. Anestezice generale şi locale

1. *Anestezice generale:* epontol, protoxid de azot. 2. *Anestezice locale:* kelen, procaină, procaină cu adrenalină, xilină, xilină cu adrenalină.

XVII. Hipnotice şi sedative

1. *Hipnotice:* ciclobarbital, dormital, fenobarbital, hipnogal, nitrazepam. 2. *Sedative psihomotorii:* bromhidrat de scopolamină, bromosedin, bromoval, bromură de calciu, extraveral, lauronil, nervocalm, pasinal, sulfat de magneziu. 3. *Sedative vegetative:* bergofen-retard, bergonal, distonocalm.

XVIII. Neuroleptice şi tranchilizante

1. *Neuroleptice:* clordelazin, levomepromazin, raunervil, romtiazin, tioridazin, trifluoperazin. 2. *Tranchilizante:* diazepam, hidroxizin, meprobamat, napoton.

XIX. Analgezice euforizante, alte analgezice şi antireumatice diverse

1. *Analgezice euforizante:* hexapon, hidromorfon, hidromorfon-atropin, hidromorfon-scopolamin, mialgin, morfină, morfină-atropină, sintalgon. 2. *Analgezice, antipiretice, antiinflamatorii şi antireumatice:* acalor, acid acetilsalicilic, algocalmin, alindor, aminofenazonă, aminofenazonă L, antidoren, antimigrin, antinevralgic, antinevralgic S, cefalofen, codamin, cofedol, fasconal, fehinizon, fenilbutazonă, glucoză, indometacin, paracetamol, revulsin, saldoren, salicilamid, salicilat de sodiu, saliform, salirom, sirenon.

Scanned with OKEN Scanner

XX. Deprimante motorii centrale

1. *Antiepileptice:* fenacemid, fenitoin, primidon, trepal. 2. *Antiparkinsoniene:* clorfenoxamină, romparkin. 3. *Miorelaxante:* clorzoxazon, trecid.

XXI. Stimulante centrale şi antidepresive

1. *Stimulante centrale:* benzedrină, cofein natriu benzoic, meclofenoxat, sulfat de stricnină. 2. *Antidepresive:* antideprin, hematodin.

XXII. Anticanceroase, antileucemice

Citosulfan, girostan, IOB 82, levofolan.

XXIII. Antibiotice

Ampicilin, cloramfenicol, cloramfenicol hemisuccinat, cloramfenicol palmitat, cloxacilină, colimicină, efitard, eritromicină lactobionat, eritromicină propionil, kanamicină sulfat, meticilină, moldamin, negamicin, novobiocin, oxacilin, penicilină G potasică, penicilină G sodică, penicilină V, polimixin B sulfat, rifampicină, rondomicin, sinerdol, solvocilin, strepancil, streptomicină sulfat, strevital, tetraciclină, tetraciclină complex, vibramicin.

XXIV. Chimioterapice

1. *Sulfamide:* ftalilsulfatiazol, neoxazol, sulfafenazol, sulfametin, sulfatiazol. 2. *Chimioterapice antituberculoase:* etambutol, fintozid, izoniazid, morinamid, nizotin, PAS, pirazinamidă, tebemicină, tiocarlid. 3. *Antimala-*

Scanned with OKEN Scanner

rice: chinină, clorochin, hidroxiclorochin, mepacrin, pladmin. 4. *Antiluetice:* bismosal, cianură de mercur. 5. *Antiamebiene, antitricomoniazice:* emetină, metronidazol.

XXV. Antimicotice şi antiheimintice

1. *Antimicotice:* griseofulvin, stamicin. 2. *Antihelmintice:* combantrin, nematocton, niclosamid, oxiuran, vermigal.

XXVI. Antiseptice

1. *Antiseptice intestinale şi urinare:* acid nalidixic, cifoform, furazolidon, metenamin, mexaform, nitrofurantoin, saprosan, septovag. 2. *Antiseptice şi dezinfectante pentru piele, plăgi, instrumente etc.:* bromocet, cloramină B, clorhexidin, fenosept, perogen, trioximetilen.

XXVII. Antitoxice

Antalcol, edetamin, pilocarpină.

XXVIII. Preparate folosite în scop diagnostic

1. *Substanţe radioopace:* acid iopanoic, odiston, pobilan, sulfat de bariu pro Röntgen. 2. *Preparate pentru teste funcţionale:* gluconat de calciu 20% pentru diagnostic, histamină. 2. *Preparate pentru diagnostic hematologic:* ser anti-Rho (D), ser hemotest OAB, tromboplastină. 4. *Preparate pentru diagnostic bacteriologic:* microcomprimate cu bacitracină, microcomprimate cu zaharuri şi alcooli, microcomprimate pentru antibiogramă.

Scanned with OKEN Scanner

C. Medicamente de import

— grupe terapeutice —

1. Tonicardiace

Cedilanid (lanatozid CI) fiole (injecţii intramusculare pentru copii).

2. Antianginoase

Amylium nitrosum fiole pentru inhalat, *Intercordin* sau *intensain* (carbocromenI) drajeuri şi fiole, *eraldin* (practololI) comprimate şi fiole.

3. Vasodilatatoare şi hipotensive

Complamin sau *sadamin* (xantinolnicotinatI) comprimate şi fiole, *cosaldon retard* (pentifyllin + ac. nicotinic) capsule, *DH ergotoxin* sau *redergine*, *hydergine* (dihidroergotoxină) soluţie, *dopegyt* (methyl-dopaI) comprimate, *ganlion* (azamethonium bromidI) fiole şi soluţie, *haemiton* sau *catapresan* (clonidinhydrochloridI) comprimate, *hydergin* (dihidroergotoxină) fiole, *kallicrein depôt* sau *padutin dépôt* fiole.

Scanned with OKEN Scanner

4. Medicamente anticolaps

Effortil (etilefrinI) fiole, *novodrin* (izoprenalinI) fiole.

5. Tonice ale capilarelor şi venelor

Doxium (calcium dobesilatI) comprimate, *venoruton* (troxerutinI) capsule.

6. Antianemice şi stimulante ale leucopoiezei

Ferrum Haussmann fiole (pentru injecţii intramusculare la copii), *leucogen* comprimate, *leucovorin* (leucovorin) fiole.

7. Hemostatice, coagulante

Dicynone (ethamsylatumI) fiole, *gelaspon* (gelatină) benzi, *protaminsulfat* fiole, *presomen* (esterogeni conjugaţi naturali) fiole.

8. Anticoagulante

Calciparine (heparinat de calciu) fiole.

9. Expectorante

Bisolvon (bromhexine chloridI) comprimate şi soluţie pentru aerosoli, *mucosolvin* (acetylcysteinI) fiole.

10. Antiastmatice

Asmopent sau *alupent* (orciprenalinI) spray şi comprimate; *berotec*, spray.

Scanned with OKEN Scanner

11. Antiacide gastrice

Gelusil (Al-Mg. silicic) comprimate, *phosphalugel* (fosfat de aluminiu gel coloidal) plicuri.

12. Digestive

Cotazym forte sau *festal* (fermenţi digestivi) drajeuri, *mexaze* (fermenţi digestivi + mexaform) drajeuri.

13. Coleretice

Rowachol, soluţie pentru uz intern.

14. Antivomitive

Torecan (thiethylperazindimaleinatI) drajeuri şi fiole.

15. Purgative

Videx (bisacodylI) comprimate.

16. Antispastice

Helkamon (oxyphenonium bromidI) comprimate, *neopepulsan* sau *probanthine* (propanthelinbromidI) comprimate, *reglan* (metoclopramide hydrochloridI) comprimate şi fiole.

17. Ocitocice

Methylergobrevin sau *methergin* (methylergometrinI) fiole şi soluţie pentru uz intern, *syntocinon* (oxytocinumI) comprimate.

Scanned with OKEN Scanner

18. Diuretice, antilitiazice

Aldactone (spironolactonI) fiole pentru perfuzie, *edecrin* (acidum etacrynicum) comprimate, *uralyt U* (kaliu citric + natriu citric + acid citric) granule, *uralyt* drajeuri.

19. Medicaţie oftalmologică

Corticin (bacitracină + hidrocortizon acetat) unguent oftalmic, *dendrid* (idoxuridinI) colir, *didrosulfon* (dihidrostreptomicină sulfat + sulfizomidină) colir, *difrarel* (antocianozide extrase din *Vaccinium myritillus* + vitamina E) drajeuri, *mintacol* (paraoxon) flacon cu pulbere pentru colir, *mydrum* (tropicamidum + azotat fenilmercuric) colir, *neo-synephrine* (phenylephrinI) soluţie, *proculin* (naphazolin-acid boric + borax) colir, *nebacetin* (neomicină + bacitracină) unguent oftalmic.

20. Medicaţie O.R.L.

Laryn (dithyral + mentol + camfor + ol. eucalipt + benzocaină) flacoane.

21. Dermatologice

Beroxan (methoxsalen) comprimate şi soluţie, *meladinine* (methoxsalen + ammidin) comprimate şi soluţie.

22. Hepatoprotectoare

Lactinium (acidum oroticum) comprimate, *ornicetil* (ornitină glutarat) flacoane inj., *purinor* (acid orotic + + adenină + hipoxantină + inozitol) drajeuri şi fiole, *rocmalin* (acid malic + arginină) flac. inj.

Scanned with OKEN Scanner

23. Metabolice diverse

Aloes extract fiole, *aminomel* sau *aminofusin* (amino-acizi + sorbitol + vitamine + electroliți) flacoane perf., *cocarboxylase* fiole, *desopimon* (chlorphenetermin hcl.I) comprimate, *enerbol* (pyritinol) comprimate, *hyason* (hialuronidază) fiole, *lipofundine* sau *intralipid* (emulsie de grăsimi) flacoane perf., *milurit* sau *zyloric*, *antigut*, *foligan* (allopurinolI) comprimate, *panthenol* (panthenolI) comprimate și fiole, *raveron* (extract prostată) fiole, *trometamol* (trometamolI) flacoane perf.

24. Antihistaminice, antiserotoninice

Lysenyl (lisuridI) comprimate, *peritol* (cyproheptadin hydrochloridI) comprimate, *tavegyl* (clemastinfumaratI) comprimate.

25. Hormoni și similare, antihormoni

Ambosexe (estrogeni + androgeni) drajeuri, *carbimazole* (carbimazolI) comprimate, *chlormadinone* comprimate, *cortison* (cortison) comprimate, *cortrosyn depôt* sau *synacten dépôt* (tetracosactidumI) fiole, *daonil* (glibenclamidI) comprimate, *decadurabolin* (nandrolon decanoat) fiole, *depomedrol* sau *urbason cristal* (methylprednisolon-acetat) fiole (suspensie inj.), *distilbene* (diethylstilbestrolI) implante, *glurenorm* (sulfamidă antidiabetică) comprimate, *glukagon* fiole, *insulin lente* (zinc-insulină) suspensie inj., *kenalog* sau *volon* (triamcinolonacetonid) fiole (suspensie inj.), *longinsulin* (suspensie de insulină cristalină) flacoane inj., *nerobolil* (nortestosteron phenylpropionat) fiole, *oestriol* comprimate, *orgametril* (lynestrenolI)

Scanned with OKEN Scanner

comprimate, *presomen* (estrogeni conjugați naturali) comprimate, *silubin retard* (buforminhydrochlorid) comprimate, *solu-dacortin* (prednisolonum Na-succinat) fiole, *TACE* (chlorotrianisen[I]) capsule și comprimate, *tachystin* (dihydrotachisterol) soluție pentru uz intern, *triamcinolon* (triamcinolon[I]) comprimate, *turinal* (allylestrenol[I]) comprimate, *urbason solubile* și *solubile forte* (methylprednisolon Na-succ. nat.) fiole.

26. Preparate dietetice

Arobon sau *ceratonia* pulbere, *dispacid* pulbere, *eledon* pulbere, *humana* 1, *humana* 2, *humana* 0, *humana Heilnahrung* pulbere, *prodieton* pulbere.

27. Anestezice generale

Narcotan (halotan[I]) flacoane, *brevinarcon* sau *inactin* (aethylbutylthiobarbitalum natrium) flacoane inj., *ketalar* (ketaminhydrochlorid[I]) flacoane inj., *penthrane* (methoxyfluran) flacoane, *pentothal* (thiopentalum natricum) flac. inj.

28. Hipnotice

Noxyron (glutethimid[I]) comprimate.

29. Neuroleptice, tranchilizante, antidepresive

Dehydrobenzperidol (droperidol[I]) fiole, *fluanxol dépôt* (flupentixol[I]) fiole, *haloperidol* (haloperidol[I]) soluție pentru uz intern și fiole, *litiu carbonic* comprimate, *lyogen* (fluphenazindihydrochlorid[I]) comprimate, soluție pentru uz intern și fiole, *majeptil* (thioproperazin-dimesilat[I]) comprimate, soluție pentru uz intern și fiole,

Scanned with OKEN Scanner

moditen dépôt sau *modecat* (fluphenazindecanoat) fiole, *neuleptil* (periciazinI) capsule și soluție pentru uz intern, *plegomazin* (chlorpromazinI) fiole, *rudotel* (medazepamI) comprimate, *sapilent* (trimipramineI) comprimate, *sinequan* (doxepinI) capsule, *teperin* (amytriptillin) comprimate.

30. Analgezice, antiinflamatorii, antireumatice

Brufen (ibuprofenI) drajeuri, *colchicinum* comprimate, *delagyl* (chloroquinphosphatI) fiole, *dipidolor* (piritramidI) fiole, *fentanyl* (fentanylcitratI) fiole, *fortral* (pentazocinI) comprimate și fiole, *ketazon* (kebuzonI) drajeuri și fiole, *perclusone* (clofezonI) capsule și supozitoare, *rheopyrin* (phenilbutazonI) fiole, *sanocrysin* (aur sodiu tiosulfat) fiole, *solganal B* (aurothioglucose) flacoane inj., *tauredon* (natrium aurothiomalatI) fiole, *tegretol* sau *finlepsin*, *stazepin* (carbamazepinI) comprimate, *tomanol* sau *reumanol* (phenylbutazon + isopyrin) drajeuri și fiole.

31. Antiepileptice, antiparkinsoniene, miorelaxante

L-dopa (levodopaI) sau *dopasan*, *dopaflex*, *levopa* comprimate; *morfolep* comprimate, *mydocalm* drajeuri și fiole, *suxilep* sau *zarontin* (ethosuximidumI) capsule și sirop, *viregyt* (amantadinhydrochloridI) capsule.

32. Curarizante și anticurarizante

Flaxedil (gallamintriethiodidI) fiole și flacoane multidoze inj., *kalimin* (pyridostigminbromidI) fiole, *myorelaxin* (suxamethoniumI) fiole, *pavulone* (pancuroniumbromidI) fiole, *tubocurarine* fiole.

Scanned with OKEN Scanner

33. Analeptice, timoleptice

Ahypnon (bemegrid[I]) fiole, *centedrin* (methylphenidathydrochlorid[I]) comprimate, *karion* (pimeclon[I]) fiole.

34. Anticanceroase, antileucemice, imunosupresive

Ciclofosfamidă sau *endoxan* (cyclophosphamid[I]) comprimate și flacoane inj., *ftorafur* (fluorouracil[I]) fiole, *imuran* (azathioprin[I]) comprimate, *leukeran* (chlorambucil[I]) comprimate, *methotrexate* (methotrexat[I]) comprimate și fiole, *natulan* (procarbazinhydrochlorid[I]) capsule, *olivomycin* (olivomycin[I]) fiole, *purinethol* (mercaptopurin[I]) comprimate, *rubomycin* (daunomycin[I]) flac. inj., *sarkolysin* (melphalan) comprimate, *vinblastine* fiole, *vinkristine* fiole.

35. Antibiotice

Colimycin (colistin[I]) fiole inj., *erithroped* (erithromycin ethylsuccinat) granule, *garamycin* (gentamycin[I]) fiole inj., *geopen* (carbenicilline[I]) capsule, *keflin* (cefalotin) flacoane inj., *megacillin* (benzilpenicilină cu clemizol) flacoane inj., *nebacetin* (neomicină + bacitracină) pulbere, *pyopen* (carbenicillinnatrium[I]) flacoane inj., *vibramycin* (doxycyclin hydrochlorid[I]) fiole.

36. Chimioterapice și antiseptice diverse

Biseptol sau *septrin* sau *sumetrolim* (sulfametoxazol + trimethoprim[I]) comprimate și sirop, *canesten* unguent cremă, soluție, comprimate vaginale, comprimate, *disulone* (diaphenylsulfonum[I]) comprimate, *intestopan* (broxyquinolin[I]) comprimate, *marbadal* (sulfatolamid[I])

Scanned with OKEN Scanner

pulbere, *mexaform P* (cliochinol + phanquinon) suspensie, *salazopyrin* (salazosulfapyrinI) comprimate, *sulfamylon* (mafenidI) cremă, *tego 103-G* şi *103-S* flacoane, *urovalidin* (terizidone) capsule, *viregyt* (amantadinhydrochloridI) capsule.

37. Antihelmintice şi antiamebiene

Alcopar (bepheniumhydroxinaphtoatI) granule, *bemarsal* (diphetarsone) comprimate, *decaris* (tetramisolhydrochloridI) comprimate, *loxuran* (diethylcarbamazinI) comprimate.

38. Antitoxice

Cuprenil (penicillamin chloridI) capsule, *desferal* (deferoxaminI)·flacoane inj., *helthion* (thionin) fiole, *kelocyanor* (cobalt dinatrium edetat) fiole, *nalorphine* (nalorphinI) fiole, *toxogonin* (obidoxim chlorid) fiole.

39. Substanţe folosite în scop diagnostic

Antigen cardiolipinic tip KBR palues şi *VDRL*, *bromthalein* fiole, *gravindex* test sau *pregnosticon*, *indigocarmin* fiole, *ioduron US* fiole, *lipiodol* şi *lipiodol UF* fiole, *sulfat de bariu coloidal* sau *mixobar*.

Scanned with OKEN Scanner